



4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Expetativas e experiência das parturientes relativas aos cuidados de Enfermagem

Ana Raquel Rodrigues e Costa

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Expetativas e experiência das parturientes relativas aos cuidados de Enfermagem

Ana Raquel Rodrigues e Costa

**Relatório de estágio orientado
pela Prof. Helena Bértolo**

2014

“A ciência de enfermagem deve trabalhar para mudar as suas lentes para ver sob uma nova forma e apreciar alguma da sua beleza, arte e humanidade, assim como a sua ciência”

(Watson, 2002)

AGRADECIMENTOS

A todos que compartilharam comigo este percurso de desenvolvimento do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia quero manifestar o meu profundo agradecimento, sabendo que sem o seu apoio não seria possível a sua concretização.

À Professora Helena Bértolo pela sua colaboração na orientação deste trabalho, paciência e perseverança em todos os momentos deste trajeto da minha aprendizagem, a quem fico eternamente grata pela disponibilidade e apoio, pela confiança e sabedoria que me permitiu chegar ao termo do trabalho.

Às puérperas que aceitaram partilhar a sua experiência.

À minha família e amigos, pelo estímulo, e pela compreensão demonstrada sobretudo nas minhas ausências.

Um especial agradecimento à enfermeira-chefe da Sala de Partos, Isabel Vital, e à enfermeira especialista orientadora do Estágio com Relatório, Olga Proença, que me incentivou nos momentos mais difíceis deste percurso, procurou comigo as melhores oportunidades de aprendizagem, viabilizou a promoção de cuidados humanizados e a concretização dos meus objetivos de estágio.

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho de forma direta ou indireta o meu sincero e reconhecido agradecimento.

LISTA DE SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

EC – Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de Espana

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

ICM - International Confederation of Midwives

NC – Notas de campo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPPN – Programa de preparação pré-natal

RN – Recém-Nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SP – Sala de Partos

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade curricular

RESUMO

Introdução: As expetativas criadas ao longo da gravidez e à volta do parto são fatores de influência positiva ou negativa para a experiência do trabalho de parto. Importa por isso conhecer quais são estas expetativas, para assim orientar as intervenções durante o TP, visando proporcionar uma experiência positiva.

Finalidade: Pretende-se contribuir para a melhoria dos cuidados realizados e para a experiência positiva das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Espera-se proporcionar um contributo para a mudança na prática e a promoção da humanização dos cuidados.

Objetivo geral: Refletir sobre as competências que permitem prestar um cuidado especializado e humanizado à mulher/RN/família durante os quatro estádios do trabalho de parto. **Objetivos específicos:** Analisar a evidência científica acerca da humanização dos cuidados na perspetiva da mulher durante o TP; identificar quais são as expetativas da mulher em TP e identificar quais os cuidados de enfermagem que vão ao encontro das expetativas da parturiente relativamente aos cuidados de enfermagem no contexto de sala de partos.

Metodologia: Foi realizada RSL, de forma a determinar a evidência científica atual relevante para a problemática em estudo. Procedeu-se ao registo das interações durante a prática no EC. A Teoria do Cuidar de Jean Watson foi o guia para o desenvolvimento deste trabalho. **Análise de dados:** Os artigos obtidos na RSL foram analisados após serem selecionados de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Da interação com as mulheres na SP, efetuou-se notas de campo que foram analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo.

Principais conclusões: Verificou-se que existem temas comuns relativamente às expetativas e a experiência do parto. Os dados encontrados foram categorizados. Na categoria “Expetativas relativas ao parto”, os “Sentimentos” manifestados pela grávida constituem a respetiva sub-categoria. Verificou-se que as parturientes manifestam sentimentos negativos relativamente à expetativa do parto, no entanto a maioria das mães verbalizou sentimentos positivos relativamente à experiência de parto. Na categoria “Experiência de parto”, foram identificadas as sub-categorias “empatia com a equipa de saúde”, o “alívio da dor”, a “presença do acompanhante no parto” e o “tipo de parto”.

Palavras-chave: trabalho de parto, expetativa do parto, experiência do TP.

ABSTRACT

Background: The expectations that are created during the pregnancy related to childbirth take a big influence on the delivery time. It is very important to get to know those expectations to drive the labour procedures towards a positive experience.

Aim: To work towards an improvement on the care provided and a more positive experience for women during labour and childbirth. It is expected to give a contribution to change practice and promotion of a more humanized care. **Overall**

goal: To reflect on which competencies will allow a skilled and humanized care for pregnant/newborn/family during the four stages that compasses labour time.

Specific goals: To analyse scientific evidences related to humanized care on women perspective during labour; to identify women expectations during labour and wich nursing cares procedures meet women expectations regarding nursing procedures on the delivery room. **Method:** A systematic review was performed in order to

determinate what the scientific evidence are at the present time relevant to the study being held. Observations were performed field notes during clinical practice at the clinical trial. Human care theory by Jean Watson was the guide throughout the practice. **Results:** The literatrure obtained during the systematic review were

selected by inclusion and exclusion criteria's and thoroughly analysed. From the interaction with pregnant women at the labour room, field notes werw taken and analysed according to content analyses technique. **Conclusion:** There are common

themes regarding the expectations and labour experience. The data was divided by categories. On the categorie "Expectaions on the childbirth" we could define a subcategorie "Feelings" experience by pregnant women. We could verify that majority of the mothers expressed positive feelings related to their childbirth experience. On the categorie "Labour experience" were identify the following subcategories "Empathy with health professionals", "Pain relief", "Presence of companion during labour" and "Type of labour procedure".

Key words: labour, childbirth, expectation of delivery, experience of labour.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. QUADRO DE REFERÊNCIA	15
1.1 Evolução dos cuidados de enfermagem no trabalho de parto	15
1.2. Expetativas da mulher no trabalho de parto	20
1.3. O cuidar transpessoal segundo Jean Watson	22
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA DESENVOLVIDAS	29
3. METODOLOGIA	54
3.1. Apresentação, análise e discussão dos dados obtidos	57
3.1.1. Dados obtidos da Revisão Sistemática da Literatura	58
3.1.2. Trabalho de campo	58
3.1.3. Discussão dos dados	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	

APÊNDICE I: Artigos da revisão sistemática de literatura

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Descritores utilizados e respetiva combinação ----- 56

Quadro 2 - Categorização das Notas de Campo ----- 59

INTRODUÇÃO

A realização do relatório de estágio insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Unidade Curricular teve início a 17 de fevereiro de 2014 e término a 11 de julho, num total de 750 horas, sendo 500 de estágio, 25 horas de orientação tutorial e as restantes horas de trabalho autónomo do estudante.

Este relatório tem como finalidade apresentar o percurso desenvolvido ao longo da unidade curricular, descrevendo o modo como foram adquiridas as competências inerentes ao exercício profissional de um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Pretende, igualmente, dar a conhecer o modo como desenvolvemos e aprofundamos uma competência específica relativa a uma temática relevante inerente à prática de cuidados.

No presente relatório, são abordadas as expetativas e a experiência da parturiente relativamente aos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto. A temática foi escolhida como resultado da análise do conceito de humanização dos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e baseia-se na necessidade e evidência de mudança de paradigma na assistência ao parto normal, dada a resistência que se verifica em algumas instituições de saúde a essa mudança.

O modelo de assistência obstétrica que ainda se verifica atualmente é em algumas maternidades predominantemente caracterizado por um alto grau de medicalização, utilização de tecnologia excessiva e o uso de procedimentos invasivos, o que contradiz as recomendações da OMS. É necessário garantir os benefícios dos avanços científicos, e permitir que a parturiente possa exercer a sua cidadania, tendo poder para a tomada de decisão durante todo o processo de trabalho de parto, aliando a tecnologia, à segurança e satisfação da parturiente.

Humanizar o parto pressupõe adotar condutas e procedimentos que promovam o parto e o nascimento e que correspondam às expetativas do casal/família. Trata-se de respeitar o processo natural de nascimento e evitar intervenções desnecessárias ou de risco para a mãe ou para o bebé (OMS, 1996). O conceito de humanização do parto é bastante diversificado, contudo, defende o respeito pela individualidade das

mulheres, valorizando-as como protagonistas e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões. De acordo com Medinas, Duarte e Duarte (2010), “humanizar o parto não significa fazer ou não um parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista e não mera espetadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios” (p.77).

Assim, a filosofia das instituições e a conduta de alguns profissionais de saúde necessitam facilitar e favorecer uma melhor adaptação à maternidade, considerando que é essencial uma constante revisão das práticas e mudanças de comportamentos sempre que necessário. Segundo Wagner (2001) e a OMS (1996) os cuidados na maternidade devem ser baseados na evidência científica, incluindo nela a tecnologia e os fármacos indispensáveis para o bem-estar e saúde materno-fetal/RN antes, durante e após o parto.

Pode-se então concluir, que a assistência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) deve ser em parceria com a parturiente / família e basear-se em evidência científica.

Assim sendo, verifica-se a necessidade de uma remodelação das práticas de alguns hospitais e maternidades, que não passa apenas por aspetos estruturais e físicos, mas sim pela reestruturação dos cuidados, o que deve contemplar uma mudança de rotinas que, atualmente, são centradas no(s) profissional(ais) e baseadas na tradição, para cuidados centrados na cliente/família e baseados na evidência, tendo como princípio fundamental a humanização dos cuidados.

Pelo que foi anteriormente descrito, e considerando o meu interesse em conhecer a importância atribuída aos cuidados prestados pelo EEESMO em contexto de sala de partos, defini como questão de investigação:

“Quais as expetativas e experiência das parturientes relativas aos cuidados de Enfermagem no contexto de Sala de Partos?”

Para contextualização inicial da opção por uma questão de carácter fenomenológico, é apresentada a teoria de cuidado transpessoal de Jean Watson, que se fundamenta em correntes filosóficas como a fenomenologia e o existencialismo.

No sentido de desenvolver cuidados de enfermagem que vão ao encontro das expetativas do cliente, escolhi esta autora para justificar a pertinência do estudo porque Jean Watson se debruça sobre o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos através do envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros seres humanos. De acordo com Watson (2002),

satisfazer as demandas tecnológicas e burocráticas crescentes do sistema, o cuidar ao nível do indivíduo e do grupo tem recebido cada vez menos ênfase (...) está a tornar-se cada vez mais difícil à enfermagem manter a sua ideologia do cuidar na prática (p.53-54).

Para esta autora os cuidados de enfermagem têm como ponto de partida o significado e conhecimento da experiência humana para a pessoa cuidada.

Os focos desta teoria são: enfermagem, caracterizada por cuidar como um imperativo ético e moral de relação transpessoal, as pessoas tidas como um todo, isto é, seres com mentes, emoções e corpo (como sujeito, tempo e espaço); a saúde, vista como experiência subjetiva de unidade e harmonia de mente, corpo e espírito associados; e meio ambiente a cujas atitudes de cuidar podem ser transmitidas (Watson, 2002).

A Teoria do Cuidado Transpessoal apresenta dez fatores de cuidado, os quais são a base para o cuidado transpessoal na sua visão holística. Aborda o ser humano como um todo biológico social e espiritual unido, que não pode ser fragmentado, e leva em consideração o profissional de enfermagem como ser humano. Nessa interação utente/profissional, é que se dá o processo de cuidado, cerne fundamental da enfermagem.

A metodologia escolhida para o desenvolvimento de competências na área da temática em causa é a revisão sistemática da literatura com recurso à plataforma EBSCO. Por ter sido uma preocupação o conhecimento da experiência vivenciada pelas utentes a quem se prestaram cuidados, elaborou-se o registo em notas de campo das interações com as puérperas durante o cuidado de enfermagem especializado e posteriormente, efetuou-se a análise de conteúdo dos mesmos.

Desta forma, pretende-se contribuir para a melhoria dos cuidados realizados às mulheres durante o trabalho de parto e parto visando a vivência de uma experiência mais positiva e satisfatória do mesmo.

Assim, defini como objetivo geral a atingir no desenvolvimento deste trabalho:

- Refletir sobre as competências que permitem prestar um cuidado especializado e humanizado à mulher/RN/família durante os quatro estádios do trabalho de parto.

E como objetivos específicos:

- Analisar a evidência científica acerca da humanização dos cuidados na perspetiva da mulher durante o TP.
- Identificar quais são as expetativas da mulher em TP.
- Identificar quais os cuidados de enfermagem que vão ao encontro das expetativas da parturiente.

O capítulo 1 deste relatório refere-se ao quadro de referência utilizado para a construção do mesmo, nele se inclui a definição dos conceitos úteis para desenvolver a temática da competência específica definida e desenvolver pesquisa de acordo com a questão PIC(o), assim como, um subcapítulo que se debruça sobre a teórica escolhida para desenvolver as competências descritas, nomeadamente, a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson.

O segundo capítulo aborda as competências a desenvolver neste projeto, nomeadamente as competências preconizadas pela OE (2010) e a competência específica que se molda à temática do relatório - a humanização dos cuidados e análise das expetativas e experiência das parturientes.

No capítulo 3, a metodologia do trabalho pretende dar resposta à questão PIC(o) elaborada a partir de uma abordagem qualitativa. A metodologia adotada foi a revisão sistemática da literatura. No decorrer da unidade curricular Estágio com Relatório efetuou-se a realização de notas de campo em contexto da prestação de cuidados durante o ensino clínico.

Finalmente apresentam-se algumas considerações finais, dando resposta aos objetivos delineados, bem como algumas sugestões que considero pertinentes no desenvolvimento da temática escolhida e das oportunidades de aprendizagem ao longo da unidade curricular.

1. QUADRO DE REFERÊNCIA

1.1. Evolução dos cuidados de enfermagem no trabalho de parto

O processo de nascimento é historicamente um evento natural, de carácter íntimo e privado, sendo uma experiência partilhada entre as mulheres e seus familiares. As primeiras civilizações agregaram inúmeros significados culturais a este acontecimento, que ao longo dos tempos e em distintos espaços, foram sendo reformulados, principalmente devido às mudanças significativas na área da saúde.

A partir do século XIX, a perspectiva médica sobre a obstetrícia caracteriza-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades, na qual as mulheres são despidas da sua individualidade, autonomia e sexualidade. Foram impostas rotinas de internamento como a separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais, impossibilidade de deambulação e rotinas de limpeza do organismo como o enema e o jejum. Organiza-se os cuidados obstétricos como linhas de produção em que a mulher se torna propriedade institucional (Velho, Oliveira e Santos (2010).

O modelo de cuidados que se verifica atualmente caracteriza-se por um alto grau de medicalização, avanços tecnológicos e procedimentos invasivos (Medinas, Duarte e Duarte, 2010). De acordo com Rios, Rodriguez, Torres e Pineda, (2011) este modelo tem sido o responsável por altas taxas de cesariana.

Num estudo desenvolvido por Cicuto, Belisário e Tavares, (2012) que envolveu 200 participantes, as autoras descrevem que a falta de informações gera insegurança para a realização do parto normal e leva a sociedade a definir a cesariana como um procedimento de baixo risco, proporcionando um elevado índice de parto por cesariana o que contraria o defendido pela OMS.

Os resultados de um estudo de Beruhzi (2011), citando Donna (2002), demonstraram que as mulheres que se submetem a cesarianas, são sujeitas a quatro vezes maior risco de morte em comparação com as mulheres que optam por partos vaginais. A mesma autora refere que este facto também é válido para as cesarianas eletivas, em que “a taxa de mortalidade materna é 2,84 vezes maior do que a dos partos vaginais” (Hall e Bewley, 1999). Também os bebés que nascem por cesariana, são cinco vezes mais propensos à necessidade de assistência

respiratória, e têm cinco vezes mais hipóteses de necessidade de cuidados intermediários ou intensivos (Beruhzi, 2011, citando Annibale, 1995). Beruhzi, (2011) refere ainda na sua tese, que o parto por cesariana impede a colonização da flora intestinal do recém-nascido, por bactérias que desempenham um importante papel no desenvolvimento do sistema imunológico pós-natal.

De acordo com Lally, Murtagh, Macphail e Thomson, (2008) “a falta de conhecimento apropriado por parte das mulheres leva a aumentos de ansiedade” (p. 6). É imperioso que os profissionais permitam às mulheres ter um acesso a atendimento personalizado que lhe proporcione um parto seguro e que respeite as suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais, e que se focalizem em melhorar o desempenho e em desenvolver atitudes terapêuticas ajustadas que vão ao encontro das recomendações da OMS.

Como afirmam Velho, Oliveira e Santos (2010), as recomendações da OMS para o atendimento ao parto normal estimulam a valorização da fisiologia do parto, o respeito dos direitos de cidadania e incentivam uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas. Além disso, a OMS defende que é a enfermeira obstetra a que desempenha o papel mais adequado e com o melhor custo-efetividade para prestar assistência à gestante e ao parto normal, avaliando riscos e reconhecendo complicações (OMS, 1996).

Ter uma gravidez e parto normais é o principal desejo de cada mulher grávida, mas cerca de um terço das mulheres precisam de algum tipo de intervenção médica para ajudar o nascimento do bebé. As intervenções médicas usadas durante o parto incluem a indução, monitorização eletrónica fetal, analgesia epidural, episiotomia, parto com fórceps ou ventosa e cesariana. O uso adequado dessas intervenções obstétricas podem, efetivamente, salvar a vida das mães e bebês, no entanto, existe alguma preocupação quanto ao aumento das taxas de procedimentos interventivos em todo o mundo, o que sugere que eles nem sempre são necessários (Behruzi 2011).

Jomeen (2007) defende que a tomada de decisão da mulher no trabalho de parto, as escolhas que faz, não correspondem necessariamente à sua satisfação. As tensões subjacentes à escolha entre um parto normal e natural e uma abordagem intervencionista e medicalizada podem ter consequências emocionais mais

prejudiciais do que se a possibilidade de escolha não fosse oferecida. Nas mulheres que não são capazes de ter uma experiência de parto natural, devemos reconhecer que a promoção da natalidade como fundamentalmente natural causa impacto negativo, e potencialmente perigoso na satisfação do parto.

O conceito de satisfação é definido por Arias (2011), citando Pedro e Peixoto (2006), como um conjunto de sentimentos positivos ou negativos que o indivíduo manifesta, resultante da comparação do esperado de uma situação e o que se conseguiu obter dela; salientando o importante papel que a concretização das expetativas assume na satisfação.

O conceito de humanização do parto é muito amplo, no entanto, vários autores defendem-no como o processo que respeita a individualidade da mulher, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação das intervenções à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões das clientes (Silva, 2010). A humanização do parto é também uma forma de assistência baseada na evidência científica e na segurança.

Quando o uso abusivo, por vezes não justificado, de equipamento obstétrico prevalece perante os interesses da mulher, restringindo o protagonismo da parturiente, desumaniza-se o parto. A assistência humanizada traduz-se na presença de acompanhante no parto, desde o parto até ao puerpério, não separar o RN da sua mãe desde o parto, limitar a taxa de cesariana e o uso de tecnologia como a cardiocotografia, a administração de ocitocina, episiotomia de forma não seletiva, entre outras intervenções. Recomenda-se o respeito e privacidade no local do parto, respeitar as escolhas da mulher acima da do(s) seu(s) acompanhante(s), o apoio empático durante o trabalho de parto, disponibilizar toda a informação que seja necessária e pertinente, incentivar o uso de fotografias e vídeos, evitar a manobra de Valsava, evitar o estiramento do períneo durante o período expulsivo, evitar a restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto e, finalmente, evitar os exames ginecológicos frequentes por mais do que um profissional (Rios, Rodriguez, Torres e Pineda, 2011).

Cada vez mais as mulheres esperam ter uma participação ativa nas decisões acerca dos seus cuidados de saúde, incluindo durante a gravidez e o parto, portanto, os profissionais de saúde têm de ajudá-las no processo de tomada de decisão. De

acordo com a literatura, as múltiparas dão maior importância a ter muita informação acerca do parto do que a primíparas, pois estas últimas focalizam-se mais no controlo da dor / emoções do que na tomada de decisão durante o trabalho de parto. A tomada de decisão das parturientes baseia-se principalmente na opinião pública, por exemplo através dos *media*, mais do que na educação para o parto. A preparação ajuda as mulheres a lidarem física e psicologicamente com o trabalho de parto e o parto, e o grau de conhecimento sobre o alívio da dor também as ajuda no consentimento informado (Lally, Murtagh, Macphail e Thomson, 2008).

A revisão de literatura efetuada por Lally, Murtagh, Macphail e Thomson, (2008) acerca do contributo da tomada de decisão informada concluiu que, efetivamente, esta contribui para o maior nível de conhecimento da parturiente, reduz a ansiedade relativa ao processo de decisão e empodera a mulher / casal no trabalho de parto. No entanto, verifica-se que só o conhecimento não corresponde a satisfação no parto e tem um efeito variável na tomada de decisão.

Assim, apesar de haver muita informação disponível, há um uso limitado desta, no sentido de ajudar a mulher a tomar decisões sobre o alívio da dor durante o trabalho de parto. Há, portanto, uma necessidade de corrigir esta discrepância no sentido de os profissionais de saúde utilizarem de modo eficaz os seus conhecimentos no auxílio das mulheres, para que estas possam tomar decisões informadas durante o trabalho de parto.

A satisfação da mulher acerca do trabalho de parto é influenciada por vários fatores, nomeadamente pela expectativa pessoal.

Se as mulheres são bem preparadas durante a gravidez, então mais provavelmente terão expectativas realistas sobre os níveis de dor, menos provavelmente sentirão que falharam e terão mais confiança, o que por sua vez pode levar a uma experiência mais positiva.

Lally, Murtagh, Macphail e Thomson (2008) identificaram, na sua revisão de literatura, um desencontro entre as expectativas da mulher e a sua experiência real. Esta lacuna ocorreu ao nível de quão doloroso a mulher espera que o parto seja, quão longo será, quais fármacos que precisarão, quão em controlo estarão e como a experiência real é. Enquanto profissionais de saúde envolvidos no trabalho de parto,

e se queremos melhorar a experiência da mulher, então o EEESMO deve olhar para a forma como as suas expetativas podem ser mais aproximadas da realidade.

No estudo de Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2004), os autores verificaram que, a maioria das participantes, manifesta falta de conhecimentos quanto aos procedimentos do trabalho de parto e pós-parto, bem como refere pouca oportunidade para participar nas decisões relativas a tais procedimentos, mas considera que foi capaz de colaborar com a equipa médica. A mulher deve ter esperança de conseguir o parto idealizado, mas deve também compreender o que pode acontecer. Ao distinguir estas duas premissas, ela pode dizer o que, idealmente, gostaria que acontecesse, mas também considerar e reconhecer que as coisas podem não acontecer como planeado e, se for esse o caso, estar totalmente preparada para tomar as decisões necessárias.

Assim, se os EEESMO contribuírem para diminuir a ansiedade da mulher durante a gravidez e conseguirem ajudá-la a formar expetativas realistas, então ajudaremos essas mulheres a terem experiências mais positivas. A preparação para o parto continua a ter um papel muito importante, dado o seu potencial para habilitar a mulher com expetativas realistas e informação para suportar a tomada de decisões informadas.

A preparação para o parto pode ser definida como qualquer experiência em que uma mulher adquire conhecimento sobre o processo de nascimento. Segundo Zwelling (2000) citado por Savage, o conhecimento de parto normal diminui o medo das parturientes e permite-lhes maior sensação de controlo no parto, pelo que é fundamental compreender quais os conhecimentos, e como foram adquiridos, acerca do parto para que se concretizem formações de preparação para o parto mais efetivas (Savage, 2006).

No estudo de Risisky, Asghar, Chaffee e DeGennaro (2013), as autoras fizeram 3 grupos de puérperas e compararam os benefícios do programa de preparação pré-natal (PPPN) realizado individualmente ou em grupo. Concluíram que o método individual é redutor e a preparação para o parto em grupos permite obter mais conhecimento e partilha de experiências com outras grávidas. As mulheres reconhecem benefícios do PPPN, quer no que diz respeito a aprendizagens como contributos para o trabalho de parto e consideram ter vantagens na saúde pós-parto

e cuidados ao RN. Assim, a oportunidade de integrar um grupo de preparação pré-natal traz benefícios para a experiência de parto mas também na adaptação psicológica e social que implicam esta mudança na vida.

Ainda a salientar que, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem emanados pela OE (2001), os elementos fundamentais para a satisfação do cliente relacionada com os processos de prestação de cuidados, são: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual de cada cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

A forma como a mulher percebe as práticas obstétricas varia em função de múltiplos fatores de carácter individual, sociocultural e situacional. É fundamental conhecer os fatores que podem influenciar de forma negativa a percepção da mulher face aos cuidados de saúde durante a gravidez e trabalho de parto no sentido de minimizá-los. Conhecer os motivos que contribuem para uma experiência positiva da gravidez e trabalho de parto permite ao EEESMO corresponder às necessidades reais da cliente. Neste sentido, é muito importante investir a nível dos cuidados de saúde primários, na preparação para o trabalho de parto, na formação e preparação das mulheres para sobre os cuidados que o casal tem direito e ao seu dispor.

1.2. Expetativas da mulher no trabalho de parto

A gravidez é considerada uma etapa que exige muitas transformações na mulher, quer seja a capacidade de adaptação, o ajustamento fisiológico, psicológico e social. O período pré-natal é uma grande oportunidade para os profissionais de saúde investirem os seus cuidados na mulher / casal e proporcionarem os cuidados mais adequados para que a gravidez decorra de forma saudável, objetivando o nascimento em condições seguras e que resulte no bem-estar familiar. Esta finalidade dos cuidados de saúde pré-natais deve ser alcançada através de

supervisão e aconselhamento, e proporcionar cuidados à mulher que correspondam à sua expetativa (Mathibe-Neke, Cur, 2008).

As expetativas da grávida devem ser, efetivamente, o guia para os cuidados de saúde pré-natais, no trabalho de parto, parto e pós-parto. Estas podem ser influenciadas por vários fatores, como sejam, os próprios prestadores de cuidados (que inclui o EEESMO), e também os estímulos a que a grávida está sujeita e em permanente adaptação, como pelo conhecimento e o contato com as rotinas dos cuidados obstétricos (Mathibe-Neke, Cur, 2008 citando Waldenstrom, 1996). Conhecer as expetativas da cliente é igualmente importante para obter a sua satisfação com os cuidados que recebe.

Segundo Montes (2009), as expetativas surgem das crenças prévias desenvolvidas e mantidas através de processos cognitivos. Estas crenças podem ser definidas como normas quando a mãe considera que se trata de fatos que deveriam ou que necessariamente têm que ocorrer; ou podem ser caracterizadas como probabilidades quando derivam de experiências transmitidas ou de informação recolhida de diferentes meios através dos quais se configuram as ditas convicções.

De acordo com o estudo de Costa *et al.*, (2004), os resultados mostram que, durante o trabalho de parto a generalidade das mulheres não vê confirmadas muitas das suas expetativas prévias; é excluída das decisões médicas, tem poucos conhecimentos e pouca preparação, vivencia um elevado número de emoções negativas, assim como níveis elevados de dor, está preocupada com o estado de saúde do bebé e considera útil o apoio do companheiro.

Neste sentido, dado o impacte que a experiência de parto tem em áreas vitais ao bom desenvolvimento, quer da mãe, quer do bebé e, conseqüentemente, da díade a estabelecer, tem-se vindo a verificar maior preocupação com o modo como o parto é vivido pela mulher e as dimensões que mais interferem na qualidade dessa vivência.

Tendo em conta a perspetiva da teórica Jean Watson, e como sublinham vários autores nas pesquisas acerca das expetativas da grávida, os cuidados devem basear-se na natureza holística da cliente e, como tal, ter em conta a dimensão física, social, psicológica e de realização espiritual. A cliente é um ser físico,

emocional/intelectual e espiritual que funciona em harmonia com o meio ambiente envolvente.

No estudo realizado na África do Sul, com 80 grávidas participantes, acerca das suas expetativas no cuidado pré-natal e cujo objetivo foi comparar os resultados com outros estudos e assim descrever orientações para os cuidados de enfermagem obstétrica, pôde-se concluir que as expetativas da grávida incidem sobretudo nos cuidados de saúde nomeadamente, a anamnese, o exame físico, a individualidade nos cuidados, a continuidade nos cuidados, a promoção da saúde durante a gravidez e o controlo dos cuidados durante o internamento (Mathibe-Neke, Cur, 2008).

Para além dos cuidados, o foco das expetativas da cliente centra-se também na comunicação, ou seja o estabelecimento de uma relação que permita a troca de informações e permita à grávida/casal estarem informados, e que inclui a comunicação não-verbal, verbal ou mesmo escrita. De notar que, esta interação e parceria entre cliente e enfermeiro obstetra foi o aspeto que menos correspondeu às expetativas das grávidas deste estudo e, como tal, justifica maior consideração para proporcionar mais qualidade aos cuidados de enfermagem. A tomada de decisão, a liberdade de escolha e o consentimento informado, foram outros aspetos referidos pelas grávidas participantes no estudo (Mathibe-Neke, Cur, 2008).

1.3. O cuidar transpessoal segundo Jean Watson

Os modelos teóricos, em Enfermagem, constituem uma ferramenta cujo objetivo é guiar o pensamento e os cuidados de enfermagem. Devem constituir uma linha orientadora que, ao concentrar métodos teórico-práticos dirigidos à própria ciência do cuidar, podem ajudar a sistematizar e a organizar o pensamento e a ação do enfermeiro.

A utilização do referencial teórico na prática de cuidados de enfermagem é um demarcador para efetivar as ações de cuidar que privilegiam o ser humano inserido num ambiente. Cabe ao enfermeiro escolher o referencial que melhor se articula à sua realidade para torná-lo visível e com resultados positivos para o profissional e o cliente.

A teoria de Jean Watson sobre o cuidado é um modelo holístico de enfermagem. Para realizar a Teoria do Cuidar Transpessoal, Jean Watson aproximou-se profundamente das ciências e das humanidades, fornecendo uma orientação fenomenológica, existencial e espiritual, incorporando a arte e a ciência de Enfermagem de forma descritiva.

Jean Watson define como principal objetivo, o crescimento mental-espiritual para o Eu e para os outros elementos envolvidos na relação terapêutica, que deve ser transpessoal - encontrando significado na nossa própria existência/experiência, e descobrir um poder e controle interiores, capaz de potenciar a transcendência e auto-reparação.

A autora define esta teoria, não como uma teoria científica, mas uma teoria que ajuda a “ver” com maior clareza e que pode ser útil na resolução de alguns problemas conceituais empíricos na Enfermagem e nas ciências humanas no geral. O cuidar é visto como o ideal moral da profissão e deve distanciar-se de abordagens meramente curativas – a pessoa deve ser compreendida, dentro do seu campo fenomenológico, e incentivada a descobrir-se de forma a encontrar crescimento espiritual; o processo terapêutico deve focar mais do que a “cura” (tradicional dos modelos biomédicos prevalentes nas sociedades ocidentais), e elevar-se a um nível mais estratificado, indo de encontro às necessidades “daquele” indivíduo em todas as suas dimensões (Watson, 2002).

Torna-se essencial que, perante a desumanização dos serviços de saúde, a enfermagem se consciencialize da importância de manter a qualidade dos cuidados. Como referem Urrea, Jana e Garcia (2011), a enfermagem dos dias de hoje, tendo em conta a cultura atual, necessita de uma grande reconsideração da humanização dos cuidados de saúde, visto que este conceito se pode opor a outros como, a prática de tecnologia, a globalização do mundo multicultural, no qual a negação do outro ser se verifica frequentemente.

A enfermagem não pode estar indiferente a este panorama e, assim sendo, teóricas como Watson são fundamentais para gerar reflexão sobre o cuidar baseado na dignidade humana. O cuidar é o essencial de enfermagem, e fundamental para a preservação da dignidade humana; e o cuidado manifesta-se na reciprocidade entre

o enfermeiro e a pessoa cuidada, transcendendo o mundo meramente físico e material.

Watson defende que a reciprocidade é o princípio moral da enfermagem; o profissional de enfermagem difere do utente uma vez que ajuda a integrar a experiência subjetiva e as emoções com uma visão objetiva externa da situação. No cuidar transpessoal, “o enfermeiro não manifesta menos envolvimento como pessoa, do que o utente. A forma e a direção do envolvimento pode diferir, mas o envolvimento do enfermeiro é igualmente importante” (Watson, 2002, p. 115).

A autora dá ênfase ao caráter humanístico do cuidado, atendendo às dimensões biopsicológica, espiritual e sociocultural da cliente, e considera que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a atingir o mais alto grau de harmonia na mente da pessoa, no corpo e na alma (Watson, 2002). A essência do cuidado é uma combinação do humanismo com o científico, cuja base integra as ciências biofísicas com as do comportamento humano.

Watson (2002) enuncia onze pressupostos, como premissas para a intervenção de enfermagem, a partir dos quais elaborou o modelo de enfermagem *human care*:

1) O cuidar e o amor são forças universais que compreendem a energia física primária e universal;

2) As pessoas necessitam umas das outras, mas frequentemente não se comportam adequadamente com quem as rodeia. Para que a humanidade sobreviva deveremos ser mais cuidativos e alimentar o nosso humanismo;

3) Sendo a enfermagem uma profissão que cuida, a sua capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar afetará o desenvolvimento da profissão e determinará a sua contribuição para a sociedade;

4) O nosso comportamento é a expressão da vontade para cuidar e amar. Os enfermeiros devem tratar de si com gentileza e dignidade antes de podermos respeitar e cuidar dos outros com os mesmos princípios;

5) A enfermagem sempre teve como ideal o cuidar na relação com pessoas que possuem preocupações relacionadas com a saúde-doença;

6) A essência, o foco mais central e unificador da enfermagem é o cuidar;

7) Cuidar ao nível individual ou de grupo tem sido menos enfatizado no sistema de saúde;

8) O papel do cuidar está ameaçado pela crescente tecnologia médica e burocracia institucional;

9) A preservação e o avanço do cuidar são os assuntos mais importantes para a enfermagem;

10) O cuidar é um processo humano intersubjetivo que mantém vivo um senso comum de humanidade e só pode ser demonstrado na relação interpessoal, pelo que o humanismo de uma pessoa reflete-se na outra;

11) A contribuição social, moral e científica da enfermagem para a sociedade baseiam-se no seu compromisso com os ideais do cuidar, na teoria, na prática e na pesquisa.

O foco principal em enfermagem está nos fatores de cuidado derivados de uma perspetiva humanista, combinada com uma base de conhecimentos científicos. Os conceitos que Watson definiu para conferir novo significado ao paradigma de Enfermagem surgiram dos seus próprios valores, crenças e perceções das pessoas, da vida, da saúde e da cura.

Este modelo fundamenta-se em correntes filosóficas como a fenomenologia, o existencialismo e as ciências humanas e apresenta dez fatores cuidativos que constituem um desafio para a prática profissional, que leva a um conhecimento de si e à humanização das relações de cuidado aproximando o enfermeiro do ser cuidado na sua totalidade (Watson, 2002). Esses fatores são:

- 1) Formação de um sistema de valores humanístico-altruísta;
- 2) Estimulação da fé-esperança;
- 3) Desenvolvimento da sensibilidade para si e para os outros;
- 4) Desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança;
- 5) Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
- 6) Uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões;
- 7) Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;

- 8) Existência de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e/ou corretivo;
- 9) Auxílio com a gratificação das necessidades humanas;
- 10) Aceitação das forças existenciais e fenomenológicas.

Para a autora, os dez fatores de cuidado servem como um guia filosófico e conceitual dirigido a um modelo de cuidado de enfermagem sendo considerado o núcleo da enfermagem.

Nascimento e Erdmann (2006), apresentam uma nova versão dos dez fatores de cuidado do modelo de cuidados de enfermagem de Watson, sendo eles: praticar o amor, a amabilidade e a coerência dentro de um contexto de cuidado consciente; ser autêntico, estar presente, ser capaz de praticar e manter um sistema profundo de crenças e um mundo subjetivo de sua vida e do ser cuidado; cultivar suas próprias práticas espirituais e transpessoais de ser, mas além de seu próprio ego, aberto a outros com sensibilidade e compaixão; desenvolver e manter uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança; estar presente e dar apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro.

A partir desta teoria, torna-se mais consciente a necessidade de estar aberta às expressões de cada cliente, favorecer a proximidade, permitir a partilha de emoções e expetativas vivenciadas. A experiência em sala de partos exige humanismo e cuidado de enfermagem fundamentado na totalidade da pessoa inserida numa família e comunidade.

Acredita-se numa enfermagem cada vez mais humana, mais fundamentada na relação com o outro, empática, sensível, afetuosa, criativa, dinâmica, compreensível na totalidade do ser humano.

A aplicabilidade dos modelos teóricos é diversa e, estes encontram as mais variadas adversidades quando são aplicados à prática clínica – revestem-se de noções e estratégias que exigem um esforço acrescido por parte do enfermeiro para a sua consecução. Será justo acrescentar que a escolha de um determinado modelo pode ser influenciada pelas afinidades individuais da personalidade do próprio enfermeiro, assim como pelas suas vivências e experiência anterior.

Na enfermagem contemporânea há valorização da experiência subjetiva do ser humano, do significado pessoal atribuído a diferentes situações e a valorização do saber do outro, das suas diferenças culturais entre outras. No Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista é explícita a defesa dos direitos humanos do cliente, especificamente no critério de avaliação A2.1.6. das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, “promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido” (O.E., 2010b). Do mesmo modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia assume a responsabilidades de atuação no âmbito da saúde da Mulher “tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamento é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (O.E., 2010a, p.1). Esta conjugação de linhas orientadoras emanadas pela Ordem dos Enfermeiros traduz o desafio atual de prestação de cuidados individualizados que respeitem o ser humano, as suas experiências, os seus valores e crenças. O enfermeiro é assim um agente coparticipante ativo nas transações humanas do cuidar e a enfermagem é a ciência humana do cuidar.

Watson (2002) afirma que

se o enfermeiro é capaz de cuidadosamente detetar a condição da alma, se sente esta emoção e esta união com o outro e, por sua vez, pode expressá-la como todo o cuidado, então o recetor liberta os sentimentos que tem ansiado e desejado expressar; assim, a subjetividade humana é restabelecida. Isto é o que chamo de cuidar transpessoal (p.120)

Jean Watson, reconhece o ser humano espiritual e o processo de crescimento interior constante, pelo que consideramos esta perspetiva fundamental no cuidado à parturiente, porque ajuda o profissional a compreender o cliente e a crescer com as experiências. Tal como Watson (2002) afirma, o desafio atual da enfermagem é mover-se além do objetivável, dedicando-se mais ao significado, identificar outras vias de conhecimento, investigar a área da experiência humana, preservando o contexto humano e permitir o avanço do conhecimento acerca do mundo da experiência humana.

Cuidar da parturiente/família no parto pode ser uma combinação entre a abordagem tradicional médico-científica e a ciência humana. Implica e exige conhecimentos científicos, baseados na evidência, exige treino, perícia e rigor em procedimentos técnicos, que permitam avaliar e intervir junto da mulher em trabalho de parto, com vista a assegurar o bem-estar materno e fetal, objetivando o nascimento em condições seguras. Mas cuidar em enfermagem implica sobretudo adotar a abordagem da ciência humana, combinando e integrando “a ciência com a beleza, a arte a ética e a estética de cuidar do Homem-pelo-Homem” (Watson, 2002, p. 35), adotando uma visão fenomenológica, procurando conhecer o significado da experiência para a pessoa, nomeadamente a experiência de ser cuidada no trabalho de parto.

A totalidade da experiência humana constitui um campo fenomenológico, é o quadro de referência que pode ser conhecido apenas pela pessoa. O campo fenomenológico é a consciência mais as perceções do eu e dos outros; sentimentos, pensamentos, sensações físicas, crenças espirituais, desejos, objetivos, expetativas, considerações ambientais – tudo isto é baseado na história de vida de cada um.

Na prestação de cuidados, é fundamental que a enfermeira estabeleça uma relação de ajuda com a pessoa e procure conhecer o campo fenomenológico da pessoa alvo dos cuidados. A relação de confiança entre enfermeira-cliente pressupõe conhecer o outro, o seu espaço e o seu campo fenomenológico.

O modelo teórico desenvolvido por Jean Watson, pelo seu carácter transcendental e direção marcada para a valorização fenomenológica, encontra uma afinidade natural com temáticas tão subjetivas e individuais como a experiência do parto, as expetativas da parturiente/família e os sentimentos que lhe estão subjacentes.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretende-se abordar as competências que foram desenvolvidas no Estágio com Relatório. O desenvolvimento de competências previstas para esta unidade curricular incide essencialmente na promoção do bem-estar maternofetal, nos cuidados durante os quatro estádios do trabalho de parto

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros,

o enfermeiro especialista (...) assume, no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (2010a, p.1).

Em “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” a OE salienta que

na implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados de investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de linhas orientadoras de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (2001, p.12).

Neste sentido, é reiterada a importância dos cuidados de saúde baseados em conhecimentos científicos e esclarece a utilidade de linhas orientadoras como as descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

De acordo com o defendido por Benner (2001) o desenvolvimento de conhecimentos consiste não só na acumulação de saber teórico (saber), mas também em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), adquirido ao longo da experiência clínica vivida e pelo seu registo.

Ainda em concordância com a mesma autora, a experiência é necessária para a perícia.

uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” das enfermeiras peritas. Mas esse conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência (Benner, 2001, p. 40).

Esta afirmação traduz a importância do registo escrito das práticas, enquanto estratégia de organização do pensamento e das experiências, permitindo a reflexão sobre a prática e a aquisição de conhecimentos. Esta ideia é defendida por Benner (2001) ao referir que “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver conhecimento prático (saber-fazer), graças a estudos científicos fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (p.32).

A 18 de Fevereiro de 2011, foi publicado no Diário da República, 2.ª série. N.º 35; o regulamento n.º 127/2011 que define as Competências Específicas do EESMOG, aprovadas a 11 de Setembro de 2010 em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No referido regulamento, cada competência é apresentada com o respetivo descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

As competências do EESMOG foram emanadas pela Ordem dos Enfermeiros para que fosse atribuído ao enfermeiro com este estatuto um reconhecimento que lhe permita ser autónomo na vigilância de uma gravidez de baixo risco.

o EESMOG, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos da vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos da vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2010a, p 1).

Tendo em conta este documento, as competências desenvolvidas na UC Estágio com Relatório são:

2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.
3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.
4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

De seguida apresentamos a análise de cada uma das competências que se pretendeu que fossem desenvolvidas no Estágio com Relatório, nomeadamente a 2, 3 e 4 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros. Cada uma destas competências será apresentada com o descritivo correspondente.

Por último, realizamos uma análise mais discriminada referente a uma unidade de competência específica que pretende desenvolver em particular, na qual se centrou de forma particular o trabalho de Projeto.

–Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

No âmbito da saúde pré-natal, os cuidados em contexto de Sala de Partos dirigem-se essencialmente às intervenções de promoção de saúde e bem-estar durante o internamento e orientação para estilos de vida saudáveis. Durante o EC Estágio com Relatório procurei informar as parturientes, e o respetivo acompanhante, acerca das intervenções a realizar no sentido de promover o bem-estar e dar lugar ao esclarecimento de eventuais medos e questões que podem querer expôr. Verifiquei que muitas grávidas nulíparas manifestam o medo do desconhecido e a necessidade de esclarecer o motivo de qualquer intervenção efetuada pelo profissional de saúde.

Através de uma adequada comunicação terapêutica, normalmente é possível gerar autoestima, conforto, confiança, resultando em segurança e satisfação no processo de parturição (Lopes *et al.*, 2009). Ir ao encontro do bem-estar da parturiente, dar à mulher a oportunidade de discutir os seus sentimentos, fazer indagações e expressar os seus medos, dúvidas e incertezas pode ter influência na redução da tensão emocional no período pré-natal. De acordo com o estudo de Haga S. M., Lynne A., Slinning K., Kraft P. (2012), os profissionais de saúde necessitam de conhecer as preocupações das grávidas e além disso promover um ambiente de diálogo, encorajar as mulheres a transmitir os seus medos, dúvidas e

partilhar as experiências anteriores. Este apoio durante a gravidez e trabalho de parto contribui para a diminuição de experiências negativas e promove mais sucesso na amamentação e bem-estar pós-parto.

Na prevenção de complicações de saúde da mulher em período pré-natal, as intervenções foram realizadas durante a minha experiência no SUOG às grávidas que recorrem à urgência hospitalar por sinais de alarme na gravidez ou por indicação médica para avaliação do bem-estar fetal. As intervenções realizadas relacionaram-se com a observação e validação de sinais e sintomas identificados pela grávida como desviantes da normalidade. Questionam-se desconfortos da gravidez, sinais e sintomas passíveis de indicar desvios da gravidez fisiológica, sinais e sintomas de alerta (contratilidade uterina, perdas vaginais, dor, alteração da visão, diminuição dos movimentos fetais), consulta do boletim individual da grávida para recolher informações sobre a vigilância da gravidez, intercorrências e deteção de possíveis riscos associados, avaliação da tensão arterial, auscultação dos batimentos cardíofetais, realização e avaliação de cardiotocografia, aconselhamento e esclarecimento de situações que estejam dentro da área de atuação do EEESMO e identificação e registo das situações para referência ao médico obstetra.

No contexto de situação de morte fetal em Sala de Partos, acompanhei situações que foram particularmente importantes. Acompanhar o trabalho de parto de uma mulher com um feto morto contradiz todas as expetativas inerentes à felicidade de receber uma nova vida e um novo elemento de uma família. Permitiu igualmente refletir acerca do papel de enfermeira obstetra que presta cuidados na gravidez sem complicações mas consegue igualmente lidar com situações cujo desfecho é trágico para a grávida e família. Essas intervenções representaram momentos de aprendizagem como pessoa e enquanto profissional fez desenvolver capacidades de relação terapêutica com a cliente/família; no momento é difícil confortar a grávida/família e percebemos que nem sempre há uma “fórmula” para responder às necessidades da cliente, isso depende de todo o contexto social, familiar e da personalidade das pessoas que encontramos.

Ao longo do ensino clínico tive oportunidade de acompanhar situações de abortamento por interrupção médica de gravidez (IMG) e aborto espontâneo. Os cuidados que pude prestar relacionam-se com a monitorização do trabalho de

abortamento, com a vigilância das características das perdas vaginais, estado hemodinâmico, administração de terapêutica e monitorização do seu efeito, esclarecimento de dúvidas da mulher/casal. É igualmente importante compreender os mecanismos de *coping* usados pela mulher/casal para detetar possíveis alterações do bem-estar psicológico e diagnosticar eventual necessidade de intervenção de outros profissionais de saúde, proporcionando ambiente tranquilo e medidas de conforto de acordo com as solicitações, apoio emocional, procurando saber e satisfazer desejos da mulher/casal, face ao desenrolar do processo, nomeadamente conhecer o desejo de ver ou não o feto.

Finalmente, é importante realçar que as intervenções dirigidas à promoção de saúde e bem-estar materno-fetal no período pré-natal, foram maioritariamente desenvolvidas durante ensinamentos clínicos anteriores, nomeadamente os EC III (Cuidados de Saúde Primários) e IV (Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno-Fetal), no entanto sempre que houve oportunidade esta intervenção de enfermagem foi desenvolvida na interação com a cliente e família.

Algumas das competências desenvolvidas em ensinamentos clínicos anteriores foram de grande utilidade dado que já eram do nosso domínio para a realização do estágio em sala de partos.

As consultas de enfermagem na vigilância da saúde pré-natal realizadas durante o EC III tiveram como finalidade a avaliação do bem-estar materno-fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais, a deteção precoce de fatores de risco que poderiam comprometer a evolução da gravidez, assim como desenvolver educação para a saúde, de acordo com as necessidades da cliente/família, e adequada à idade gestacional.

No EC IV também tive oportunidade de conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher/família com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. O período de internamento permitiu conhecer melhor as necessidades das grávidas/famílias, planejar cuidados e intervenções de promoção de saúde fisiológica e mental na vivência da gravidez.

– **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.**

Descritivo H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Os critérios de avaliação deste descritivo refletem adequadamente as recomendações de humanização dos cuidados, e como tal incluo neste capítulo esses critérios:

H3.1.1. **Atua de acordo com o plano de parto** estabelecido com a mulher, garantindo **intervenções de qualidade e risco controlado**.

H3.1.2. Garante um **ambiente seguro** durante o trabalho de parto e parto.

H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de **promoção do conforto e bem-estar** da mulher e conviventes significativos.

H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de **promoção da vinculação** mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.

H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de **promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno**.

H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de **promoção, prevenção e controlo da dor**.

H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, **optimizando as condições de saúde** da mãe e do feto.

H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de **suporte emocional e psicológico** à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.

O momento do parto é acompanhado por muitas expetativas que tiveram origem desde o início da gravidez, e a sua vivência representa um momento singular e uma experiência das mais significativas na vida de uma mulher/casal. O trabalho de parto e o nascimento são momentos em que o EEESMO pode desempenhar uma atuação determinante através do apoio emocional e da capacidade de comunicação, o que favorece a interação efetiva entre a parturiente e o enfermeiro (Lopes *et al.*, 2009).

O trabalho de parto constitui uma experiência muito marcante na vida da mulher/casal, considera-se que a prestação da enfermeira obstetra, assim como da equipa multidisciplinar é muito importante na memória das famílias que conhecemos durante a prática profissional. Assim, o acompanhamento do trabalho de parto foi uma oportunidade nova na minha prática de cuidados, extremamente gratificante pelas aprendizagens e pela proximidade e envolvimento com a cliente e família.

A minha atuação procurou proporcionar e garantir as condições para que a experiência do nascimento fosse o mais positiva possível, partindo preferencialmente da vontade e do desejo da mulher/casal para a vivência desta experiência.

Foram muitas as aprendizagens adquiridas durante o ensino clínico referentes aos cuidados durante o trabalho de parto (TP) e promoção da adaptação à vida extra-uterina. Entende-se por TP o processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto (Lowdermilk & Perry, 2008) e divide-se em quatro estádios: 1) apagamento e dilatação do colo; 2) período expulsivo; 3) dequitação e 4) puerpério imediato.

Seguidamente pretende-se demonstrar as intervenções que permitiram obter competências relativas ao acompanhamento dos 4 estádios do TP, sendo que o último estágio será mais desenvolvido na competência seguinte, relativa ao pós-parto.

Considero que na sua grande maioria as intervenções realizadas durante o TP foram ao encontro das necessidades da grávida de acordo com o estágio em que se encontrava. As atividades desenvolvidas pelo EEESMO são muito abrangentes e têm em atenção fundamentos fisiológicos, étnicos, emocionais e as expetativas da grávida. Os cuidados de saúde prestados em contexto de sala de partos necessitam, como temos vindo a defender, ir ao encontro da satisfação e prazer da grávida/família, a fim de promover o máximo de crescimento, desenvolvimento pessoal e respeito na relação.

Viver o parto de forma holística, na perspetiva de que os seres humanos funcionam como unidades completas e interligadas e não como um agregado de partes separadas, é um caminho útil para atingir a saúde e a satisfação com os cuidados. Através dela, pode entrar-se em contacto com a essência do Ser, refletir

sobre o momento e sobre o conceito pessoal de qualidade de vida (Ramalho, 2009). A partir desta reflexão e do contacto com o próprio “Eu” interior, surge a possibilidade de transformação, de transcendência e de atingir um novo patamar ou padrão energético, “...consistente com uma consciência em transformação em todo o mundo, um salto não linear”, denominado salto quântico (Watson, 2002, p. 7).

Nesta experiência durante o EC, verificou-se que a admissão da grávida na Sala de Partos é feita através do SUOG após triagem e avaliação pelo médico obstetra. Realiza-se a consulta do processo clínico e de enfermagem da utente, consulta do Boletim Individual da Grávida no qual constam antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, intercorrências da gravidez e os dados da avaliação física realizada no SUOG.

As grávidas são hospitalizadas e o acolhimento no serviço implica alguns procedimentos de rotina, tais como, despojarem-se de todos os seus bens pessoais, despersonalizando assim a grávida, impedindo-a de se sentir no conforto dos seus pertences, das coisas que lhe são familiares (roupa, produtos de higiene, almofada ou passatempos, equipamentos eletrónicos) o que pode desde logo associar o internamento a uma experiência impessoal e nada acolhedora. Realiza-se a pesquisa da proteinúria e glicosúria ocasionais, autoadministração de microenema (para grávidas com membranas intactas) apesar de, segundo a OMS (1996, p.35) esta ser uma “prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada”. Contudo, no local onde decorreu o EC, preconiza-se a realização de enema de limpeza alegando que esvaziar a ampola retal facilita a descida da apresentação e ainda previne infeções evitando o contacto do recém-nascido com as fezes no período expulsivo.

Pretende-se que o acolhimento se realize com empatia. Disponibiliza-se informação sobre o espaço físico, quais os procedimentos a efetuar e o motivo pelo qual são realizados. A este respeito, a OMS (1996) refere que é benéfico o fornecimento de informações tranquilizadoras e que quanto mais informada estiver a parturiente e o seu acompanhante, menor será o medo do desconhecido e melhor será a sua preparação psicológica. Tudo isto permitirá diminuir a sua perceção da dor.

Na admissão, procede-se à avaliação e monitorização do bem-estar fetal, auscultação, avaliação e monitorização contínua da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas, informação à grávida sobre alguns posicionamentos a adotar no leito favorecedores do bem-estar fetal, punção venosa para colheita de sangue para análise laboratorial e serológica (caso não se conheçam valores atuais) e para soroterapia [segundo a OMS também é uma “prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada” (1996, p.35)].

Relativamente à monitorização contínua da frequência cardíaca fetal através de cardiotocograma (CTG), verifica-se que algumas grávidas referem muito desconforto neste procedimento, suportam-no durante todo o trabalho de parto no contexto hospitalar e fazem comentários como: “*as fitas apertam-me*”, “*não posso mexer-me à vontade*”. Segundo as orientações da ACOG (2009), não existem dados disponíveis que justifiquem o benefício da monitorização fetal contínua relativamente à auscultação intermitente (AI) desde que a AI seja realizada de acordo com protocolos rigorosos. No entanto, verifica-se que esta unidade carece de pessoal especializado e torna-se difícil assumir a relação de uma enfermeira especialista por cada parturiente para garantir que a auscultação da FCF seja registada sistematicamente a cada 15 minutos na fase ativa do trabalho de parto e a cada 5 minutos durante o período expulsivo. Do mesmo modo, alguns autores defendem que a AI apenas deteta variações grosseiras da FCF, não tendo qualquer capacidade para avaliar detalhes como a variabilidade (Graça (s.d.)).

Dado que, na SP em que decorre o EC existem cardiotocógrafos em número suficiente (em alguns casos dotados de sistemas de telemetria, que permitem a deambulação das parturientes), não existem razões plausíveis para que não se realize monitorização fetal contínua em todos os casos.

No âmbito da avaliação do bem-estar fetal, pude desenvolver competências na colocação de monitorizações internas, especificamente nas situações em que a monitorização externa foi difícil e comprometia uma correta avaliação do bem-estar fetal. Neste procedimento tive alguma dificuldade inicial, que se foi diluindo com mais oportunidades de realização. Ainda neste tópico, importa referir o uso de tecnologia STAN disponível neste serviço, que permite detetar alterações nos

segmentos ST do ECG fetal associados ao estado oxigenativo fetal intraparto, isto é detecção do feto em hipoxia/acidose.

Habitualmente, a admissão decorre durante o 1º estágio do TP pelo que, no sentido de proporcionar cuidados humanizados e individualizados, procurei conhecer e questionar a grávida e família acerca das expetativas e desejos que têm para este momento tão importante da dinâmica familiar. Apesar de a maioria das grávidas não apresentar um plano de parto, obviamente é possível seguir as suas preferências de acordo com os limites estruturais e regras do serviço, e assim cumprir o critério de avaliação H3.1.1 das competências do EEESMOG: “atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (OE, 2010a, p.5).

No que diz respeito às expetativas do parto, Shub A., Williamson K., Saunders L. e McCarthy E.A. (2012) realizaram um estudo para determinar se as primíparas e os seus companheiros possuem uma expetativa realista sobre a possibilidade de intervenções médicas durante o trabalho de parto. Concluíram que estes sobrestimam a possibilidade de terem um parto sem intervenções ou complicações, e como tal a capacidade da mulher na tomada de decisão sobre o seu o tipo de cuidados durante a gravidez e o parto pode ser limitada por essas expetativas excessivamente otimistas.

Durante a prática no EC, procurei ir ao encontro daquilo que a grávida/casal esperava para o seu parto e pós-parto, e tentei minimizar a ansiedade e os medos característicos deste período. Assim, considero fundamental informar o casal sobre os mecanismos de parto, qual a necessidade de administração de fármacos (no caso mais frequente, ocitocina), como controlar o desconforto (nomeadamente utilização de massagem na região dorso-lombar, administração de analgesia epidural/sequencial), por quem pretende ser acompanhada no parto, estratégias de relaxamento e controlo da respiração, possibilidade de cortar o cordão umbilical e de contato pele-a-pele com o bebé após o parto, se for o desejo dos pais. A orientação para uma respiração tranquila favorece a consciencialização corporal, e dessa forma, relaxa a parturiente reduzindo a ansiedade, a tensão e os medos do processo de parto, além de favorecer a efetividade das trocas gasosas feto-placentárias (Porfírio, Progianti, Souza, 2010).

Existem outros procedimentos que podem tornar esta experiência mais positiva e paulatinamente vão sendo instituídos neste serviço nomeadamente, o duche como prática relaxante, que promove o alívio da dor, relaxamento e dilatação do colo uterino; a prática de massagem, quer através das mãos ou de aparelhos vibratórios proporcionam alívio do desconforto durante o TP.

O serviço onde se realizou o EC tem algumas condicionantes que, por vezes, não são favoráveis à disponibilização de outras opções à grávida/casal com a finalidade de proporcionar um parto mais humanizado. Relativamente à possibilidade de proporcionar liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, preconizado pela OMS (1996, p. 35) e classificado como “práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas”, especificamente a deambulação e uso da bola de Pilates (promotores da progressão/descida fetal), é uma intervenção difícil de concretizar uma vez que por exigência normativa do serviço as grávidas devem restringir-se ao leito. No entanto, de acordo com a atitude da enfermeira especialista que acompanhava o trabalho de parto, algumas vezes foi possível a deambulação e a liberdade de movimentos no 1º estágio do TP.

A ingestão de alimentos é restrita e controlada durante o internamento na SP. As parturientes podem ingerir pequenas quantidades de água ou chá açucarado com intervalos de cerca de 2 horas. A não ingestão de alimentos sólidos e a limitação de líquidos relaciona-se com o Síndrome de Mendelson (risco de aspiração do conteúdo gástrico na anestesia geral). Apenas nas situações de indução de TP sem sucesso as mulheres ingerem uma refeição ligeira e habitualmente retomam a indução.

Esta proibição parece não ter justificação na gravidez de baixo risco. Para a FAME e APEO (2009, p. 53) “não existe evidência científica que justifique o jejum das mulheres em TP pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico”. Do mesmo modo, esta restrição implica assim o uso rotineiro de perfusões endovenosas no sentido de evitar a desidratação ou a cetose. Também este procedimento contradiz as orientações da OMS: “Não restringir líquidos durante o trabalho de parto e permitir que as mulheres com trabalhos de parto que progridem dentro da normalidade possam ingerir comidas leves se necessitarem” (OMS, 1996, p. 12).

Para a avaliação da progressão do TP foi realizado o toque vaginal, que inicialmente suscitou dúvidas, e tem como finalidade conhecer as características do colo uterino (dilatação, apagamento e orientação), diagnóstico da apresentação fetal: cefálico ou pélvico, a atitude (flexão e sinclitismo), variedade de posição e plano de apresentação.

Com o decorrer do EC, as dúvidas foram-se esvaindo embora considere que estas são avaliações subjetivas e que se vão aperfeiçoando ao longo da nossa prática de acompanhamento do TP como enfermeira especialista. Neste contexto, houve atenção para limitar o número de avaliações, uma vez que consiste numa intervenção que compromete a privacidade e intimidade da mulher sendo causadora de stresse (FAME e APEO, 2009).

A técnica de amniotomia (rotura artificial das membranas fetais), foi frequentemente realizada com a finalidade de favorecer a evolução do trabalho de parto, pelo que aproveitei as oportunidades de aprendizagem que surgiram para poder executar este procedimento. A amniotomia precoce de rotina no 1º estágio do trabalho de parto é, segundo a OMS (1996, p.36) uma prática em relação à qual não existe evidência suficiente para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.

Segundo Lobo *et al.* (2010) esta intervenção, assim como a administração de ocitocina para estimulação da dinâmica uterina, são duas práticas que acarretam mais intervenções, sendo que em algumas ocasiões aceleram a dilatação, e em outras, desenvolvem alterações da FC fetal. Quando se permite e favorece o processo fisiológico, o parto segue o seu próprio ritmo e diminuem de forma evidente as complicações derivadas do intervencionismo e da medicalização.

No segundo estágio do TP procede-se o desenvolvimento da competência “aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2010a, p.6). Considero que esta foi efetivamente a competência “chave” deste EC, aquela que suscitava mais interesse por ser realizada pela primeira vez. Acompanhar o período expulsivo e partilhar este momento na vida do casal/família foi o que levou à preferência por esta especialidade, sem desvalorizar as restantes fases da gravidez e outros EC.

A realização do parto teve como principal critério a segurança e bem-estar materno-fetal, sendo que todas as intervenções foram supervisionadas pela enfermeira orientadora, com autonomia progressiva para realização das mesmas. A realização do parto obedeceu sempre ao uso de material, indumentária e uso de campos esterilizados, com desinfeção perineal.

A partir da completa dilatação do colo uterino, a prática adotada foi a estimulação da mulher para a realização de esforços expulsivos durante a contração, em decúbito lateral, até à descida e coroação da apresentação.

Relativamente ao posicionamento em decúbito lateral, a FAME e APEO (2009) defendem que este posicionamento permite mais períneos intactos, melhores resultados perineais e previne a compressão da veia cava. A posição de litotomia está enormemente estendida na nossa cultura do parto, mas ao mesmo tempo é a posição mais desfavorável para a evolução do parto normal. A OMS (1996) inclui nas “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” o uso de rotina da posição de litotomia, com ou sem perneiras durante o trabalho de parto.

Sabe-se que as posições verticais com ou sem ajuda de uma cadeira de parto ou do acompanhante implicam menores alterações no padrão da FC fetal; encurtam o tempo da primeira fase do TP e da duração do período expulsivo; são mais favoráveis para a descida da apresentação fetal; facilitam os esforços expulsivos espontâneos; diminuem o cansaço da parturiente que ao mesmo tempo sente menos dor e necessita menos de analgesia epidural; reduzem o uso de episiotomias e permitem uma ligeira diminuição de partos instrumentados (FAME e APEO, 2009). Em contrapartida, é mais incómoda para a pessoa que assiste o parto, associa-se a um aumento da perda sanguínea (superior a 500 ml); dificulta a proteção do períneo e parecem ser mais frequentes as lacerações perineais de segundo grau.

Em suma, existe a possibilidade de adotar diversas posições, cada uma delas com vantagens e inconvenientes, o mais importante e adequado é encorajar a parturiente para escolher a posição mais cómoda para ela, permitindo-lhe tomar uma decisão informada, conhecendo as implicações de cada uma das posições.

De acordo com as recomendações da OMS, durante o período expulsivo a parturiente foi incentivada a iniciar esforços expulsivos apenas quando sentisse

vontade para tal. FAME e a APEO (2009) advogam os esforços espontâneos em detrimento dos utilizados com manobra de Valsalva, uma vez que durante esta manobra produzem-se alterações fisiológicas que podem prejudicar o bem-estar fetal. Nos casos em que a analgesia impossibilitava a perceção das contrações pela parturiente, houve necessidade de recorrer a esforços expulsivos dirigidos no momento da contração. A utilização da manobra de Valsalva vai ao encontro das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da OMS (1996, p. 36): realização de esforços expulsivos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o 2º estágio do trabalho de parto.

No que se refere ao uso de episiotomia, inicialmente a decisão de realização de episiotomia coube à enfermeira orientadora, tendo assumido uma postura de aprendizagem das técnicas de incisão e sutura uma vez que estas são competências a desenvolver. Considero que no serviço em que decorreu o EC, é realizada a episiotomia por rotina, embora as práticas estejam em mudança, visto que contraria o que a evidência científica defende. Assim, para que prática seja consonante com a evidência, senti necessidade de questionar algumas práticas, procurar a opinião de outras enfermeiras peritas e a partir daí construir a minha perspetiva de boas práticas, como tal preferir o uso seletivo da episiotomia e uma conduta de proteção ativa do períneo.

A realização de episiotomia não demonstra proteger o períneo perante lacerações graves (III e IV grau), não previne a incontinência urinária, pelo contrário, aumenta a dor, dificulta as relações sexuais e representa um fator de risco para lacerações perineais espontâneas no segundo parto. No entanto, com o uso seletivo da episiotomia, existe um maior risco de trauma perineal anterior. Diversos estudos demonstram que esta prática não está justificada de forma rotineira, sendo necessária uma política seletiva na realização da episiotomia (Carvalho, Souza, Moraes, 2010). Apesar da literatura discordante quanto à sua realização rotineira, ainda se encontra bastante dificuldade na implantação desse conhecimento aos profissionais de saúde. Este facto implica que os profissionais vençam os seus receios, tenham uma maior aprendizagem e uma maior confiança no corpo da mulher e sua colaboração.

De acordo com alguns estudos apresentados pela OMS (1996, p. 36), a clampagem precoce do cordão é uma prática em relação à qual não existe evidência suficiente para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão. No serviço no qual decorreu o EC a clampagem foi, na maioria das situações, efetuada precocemente logo a seguir ao nascimento por ser um procedimento rotineiro dos profissionais ou devido às circulares cervicais apertadas. Foi possível realizar uma outra experiência noutra maternidade onde pude conhecer esta prática de clampagem do cordão umbilical após 3 minutos do nascimento ou quando deixasse de pulsar, sempre que confirmado o bem-estar do RN. Considero que esta prática transmite mais calma à parturiente/casal porque esses minutos promovem a vinculação precoce e tranquilizam a mulher/casal quanto ao bem-estar fetal.

Segundo a FAME e APEO (2009) a clampagem do cordão quando deixa de pulsar ou 2 a 3 minutos após o nascimento, parece mais fisiológica, permitindo manter a respiração placentária e aumentar o volume sanguíneo do recém-nascido. Também de acordo com a *American Academy of Pediatrics* (Perlman, et al., 2010), há evidência de benefícios para o RN se a clampagem do cordão umbilical for realizada entre 30 segundos a 3 minutos após o parto, devido a pressão arterial mais elevada durante a estabilização, menor incidência de hemorragia intraventricular, menor necessidade de transfusões sanguíneas, embora aumente a possibilidade do RN realizar fototerapia.

O corte do cordão umbilical pelo acompanhante ou pela mãe e o contacto pele-a-pele com a mãe, foram proporcionados sempre que possível com intuito de promoção de vinculação precoce com o RN e a participação ativa dos pais.

No terceiro estágio do trabalho de parto foram desenvolvidas competências na realização da dequitação, preferencialmente com conduta expectante e, por vezes, com tração controlada do cordão e massagem externa uterina, com observação da placenta e membranas para inspecionar integridade das mesmas, administração de ocitocina, avaliação do globo de segurança de Pinard e de perdas sanguíneas. Foram desenvolvidas competências na avaliação da integridade do canal de parto e técnicas de reparação do mesmo. A realização de sutura foi um cuidado que

suscitou muitas dúvidas no início do EC, mas rapidamente adquiri prática e as dificuldades dissiparam-se.

O EEESMO detém competências de prestação de cuidados ao recém-nascido que visam a sua adaptação e otimização à vida extra-uterina. Assim, sempre que não era possível a realização do parto (partos distócicos por incompatibilidade feto-pélvica, variedades posteriores, sinais de sofrimento fetal), procurei ser responsável pela receção e prestação dos primeiros cuidados ao RN.

A verificação dos dispositivos é testada atempadamente, quanto à sua funcionalidade, e a unidade é preparada. Nos casos de partos distócicos há sempre a colaboração do médico neonatologista para segurança e avaliação do bem-estar do RN. Essa oportunidade também foi útil para esclarecer dúvidas quanto aos cuidados ao RN e sinais de alarme que podem ser identificados. Por exemplo, um caso de fosseta sagrada que se verificou à nascença e posteriormente irá ser necessário realizar exames para despiste de alterações na integridade da coluna vertebral como a espinha bífida.

Após o nascimento, procedeu-se à secagem do bebé e simultânea estimulação tátil, avaliando o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida.

De acordo com a OMS (1996) o contato pele-a-pele é muito importante na manutenção da temperatura do RN, traz vantagens na vinculação precoce. É desejável que bebés saudáveis e ativos se mantenham sobre o abdómen e tórax materno pelo menos 60 minutos, idealmente 2 horas, sem nenhuma interrupção, se o estado da mãe e do bebé assim o permitirem.

No entanto, neste EC verifiquei que existe algum constrangimento na realização deste procedimento, porque implica mudar hábitos nas rotinas de prestação de cuidados e, do mesmo modo, a insistência médica para conhecer o peso do bebé sobrepõe-se às vantagens conhecidas do contacto pele-a-pele. Assim sendo, o contato pele-a-pele não se realiza durante uma a duas horas sem interrupção, mas ocorre enquanto se realiza a episiorrafia, sendo depois interrompida para a transferência da mãe para a maca, sendo a oportunidade para realizar os primeiros cuidados ao RN nomeadamente, administração de vitamina K como prevenção de hemorragia neonatal, aplicação de pomada oftálmica (tetraciclina a 1%) e colocação de pulseiras de identificação e eletrónica.

Neste contexto, o EC de enfermagem neonatal trouxe muitas aprendizagens úteis para adquirir e sedimentar conhecimentos para a prestação de cuidados especializados ao RN.

– **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

Descritivo H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

O puerpério é o período de tempo que decorre desde a expulsão da placenta até os órgãos reprodutores da mulher retomarem as características anteriores à gravidez. Trata-se de um conceito que tem por base critérios anatómicos e fisiológicos e dura cerca de 6 semanas.

O período pós-parto é caracterizado por grande vulnerabilidade psíquica associada a uma readaptação física, emocional, familiar e socioeconómica. O puerpério subdivide-se em três períodos: puerpério imediato, que corresponde ao 4º estágio do trabalho de parto (duas horas após a dequitação), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (desde a segunda à 6ª semana pós parto).

A prestação do EEESMO requer a mobilização de competências relacionais e técnico-científicas que possibilitem estabelecer uma relação terapêutica que permita avaliar cada situação salvaguardando a sua individualidade, diagnosticando problemas de enfermagem e intervindo na sua resolução, em articulação com a restante equipa multidisciplinar, bem como educar a puérpera e o companheiro a fim de capacitá-los para cuidar melhor do RN.

Neste período pretende-se a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade, que permitam que o processo de transição para a parentalidade se desenvolva de forma serena, equilibrada, com satisfação, visando a autonomia da mulher no seu novo papel de mãe, a autonomia do casal enquanto pais e a readaptação saudável aos novos papéis familiares.

De acordo com Silva, Nóbrega, Macedo (2012), a elaboração do plano de cuidados em Enfermagem é fundamental para a visibilidade das intervenções do enfermeiro porque, embora a atuação do EEESMO na assistência durante a gravidez, parto e puerpério seja reconhecida como importante, pouca visibilidade é dada às suas ações. Considero que os registos de enfermagem de evolução e no partograma são pouco elucidativos dos cuidados prestados à mãe/família do RN. Nos registos obstétricos são documentados dados como tipo de parto, valores do Índice de Apgar e a observação do recém-nascido, o aleitamento materno e as características das perdas vaginais para despiste de hemorragia, deixando de evidenciar a essência das intervenções de enfermagem prestadas desde a admissão até a alta clínica.

O puerpério imediato compreende aspetos fundamentais de planificação e prestação de cuidados de enfermagem especializados, em termos de promoção da saúde e diagnóstico precoce de complicações para a saúde da mulher e RN. As intervenções realizadas durante o puerpério imediato centraram-se na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, informando, esclarecendo e oferecendo ajuda prática à mulher/casal. É fundamental conhecer as dificuldades e preocupações da mãe/casal no sentido de tranquilizar e corresponder às expetativas relativas aos cuidados de enfermagem.

Após o parto, dadas as condicionantes estruturais do serviço, o puerpério imediato decorre no corredor do mesmo, onde muitas vezes se põe em causa a privacidade e ambiente calmo que o momento requiere. Quanto às intervenções de enfermagem, é oferecida ajuda prática quando necessário, proporcionadas informações sobre sinais de boa pega e aleitamento em regime de horário livre. Outro aspeto prioritário foi providenciar a presença do acompanhante para promover a relação da tríade, até à transferência da puérpera e do RN para o serviço de puerpério.

Outros aspetos desenvolvidos durante este estágio foram a vigilância do estado geral da puérpera e RN, vigilância de perdas pós-parto e características dos lóquios, estado hemodinâmico da puérpera, avaliação do globo de segurança de Pinard e localização do fundo uterino em relação à cicatriz umbilical,

intervenção/referenciação face a alterações/complicações pós-parto, promoção da eliminação vesical e ingestão hídrica e de alimentos antes da transferência.

Em relação ao RN, foi feita a avaliação da adaptação ao meio extrauterino. É realizado o exame físico: tónus muscular, postura e atividade motora, cor da pele, e são pesquisadas anomalias; sucesso da pega e reflexos de sucção e deglutição; identificação de possíveis traumatismos do parto: *caput succedaneum* ou bossa serossanguínea, cefalohematoma, equimoses, escoriações, lacerações e edema, petéquias; e avaliação da eliminação (mecónio e urina).

Durante a realização do EC II foram especialmente desenvolvidas as competências do EEESMO relativamente aos cuidados no puerpério tardio. Estes cuidados compreenderam a avaliação do bem-estar físico e emocional, da involução uterina e lóquios, avaliação do processo de cicatrização da episiorrafia e/ou perineorrafia, apoio ao processo de aleitamento materno, capacitação da mulher/casal para os cuidados ao RN e autocuidado, identificar complicações pós-parto (físicas e/ou emocionais) e implementação de medidas de suporte emocional e psicológico, educação para a saúde e aconselhamento sobre sexualidade e contraceção após o parto/aborto, informação sobre a necessidade da consulta de vigilância da sua saúde.

Com hospitalizações cada vez mais curtas, a mulher, por vezes, não consegue assimilar todo o leque de informação que lhe é transmitida, tanto no que se refere aos seus cuidados como aos do seu filho. No pós-parto, a mulher experiencia uma situação nova que é o puerpério precoce e ser mãe de alguém que depende de si para viver.

A visita domiciliária de enfermagem é muito importante no período pós-alta da maternidade devido aos desconfortos físicos do puerpério, as necessidades do RN e à complexa experiência emocional de adaptação à maternidade. Nesta fase da sua vida, há necessidade de apoio familiar particularmente por parte dos enfermeiros. A visita domiciliária de enfermagem deve ser uma prática fundamental no puerpério precoce, porque permite adequar os cuidados prestados às necessidades da mulher no seu ambiente natural.

No documento Orientações Técnicas 12 da Direção Geral de Saúde (2002), é reforçada a utilidade da visitação domiciliária no programa-tipo da vigilância de saúde materna e infantil:

importa desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, (...) e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco» (p.6)

E acrescenta ainda,

a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/família. No primeiro ano de vida há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe, encaminhando precocemente quaisquer alterações, que poderão interferir no desenvolvimento da criança (p.11).

Durante o EC III, tive oportunidade para realizar duas visitas domiciliárias e foi, efetivamente, muito enriquecedor conhecer as dificuldades que podem surgir no domicílio.

Nesse EC desenvolvi os cuidados de enfermagem no período pós-natal, essencialmente nas consultas de revisão do puerpério que habitualmente ocorre 4 a 6 semanas após o parto, ou nas consultas de vigilância de saúde infantil, normalmente 3 a 6 dias após o parto para realização do teste de Guthrie do recém-nascido. É uma oportunidade para avaliar o bem-estar físico, psicológico e emocional da mulher, identificar alterações psicológicas/emocionais na mulher/casal e identificar situações de risco de saúde no puerpério.

Tive oportunidade de participar em consultas de enfermagem a casais ainda em adaptação à parentalidade e, neste contexto, verifica-se que o nascimento de um filho é um acontecimento que exige um enorme esforço de adaptação por parte da mulher/casal e caracteriza-se por um período de grande vulnerabilidade para o casal.

Durante a prática dos cuidados em contexto de saúde comunitária na área de saúde materna e obstetrícia, verifiquei que as consultas de revisão do puerpério são as que apresentam menor assiduidade. As mulheres tendem a desvalorizar a vigilância da saúde pós-natal pelo que a marcação das consultas ocorre maioritariamente por incentivo das enfermeiras que contactam as puérperas

telefonicamente, ou quando elas comparecem na unidade de saúde para a vigilância de saúde infantil do recém-nascido.

Para que as intervenções a realizar durante o desenvolvimento da UC Estágio com Relatório no que respeita à humanização dos cuidados sejam concretizadas é fundamental construir a competência específica do EEESMO dirigida à temática:

- **Aprofunda conhecimentos no âmbito da humanização do trabalho de parto e analisa as expetativas da mulher durante o mesmo para prestar os cuidados em harmonia com a parturiente/casal/família.**

O interesse em desenvolver a temática surgiu após a leitura de artigos e reflexões de autores e organizações. Assim, os cuidados realizados para o desenvolvimento desta competência apoiaram-se na análise e reflexão acerca da evidência científica encontrada. O acompanhamento do TP é feito pela equipa multidisciplinar, como tal a concretização desta competência também exigiu a sensibilização dos profissionais presentes no trabalho de parto para as intervenções humanizadoras dos cuidados, a qual foi realizada diariamente durante as nossas intervenções no dia a dia.

De acordo com Lopes, R.C.S., Donelli T.S., Lima, C.M. e Piccinini C.A. (2005), é muito importante que os profissionais se sensibilizem sobre a importância deste momento o nascimento do bebé. Qualquer insucesso na relação grávida-profissional pode exacerbar sentimentos negativos, tendo em conta a extrema sensibilidade que as parturientes apresentam nesta situação.

Neste sentido, ao longo do EC foram promovidas atitudes que fossem ao encontro da expetativa da grávida e durante os cuidados que foram partilhados com a equipa de enfermagem, houve preocupação em questionar se foram satisfeitas e, do mesmo modo, incentivar a concretização das necessidades manifestadas pela grávida. Foram realizadas intervenções promotoras da humanização dos cuidados como aquelas já abordadas neste relatório, como por exemplo, promover o respeito e privacidade no local do parto, respeitar as escolhas da mulher, prestar apoio empático durante o TP, evitar o estiramento do períneo durante o período expulsivo, evitar a restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, permitir a

presença de acompanhante no parto, desde o parto até ao puerpério, e não separar o RN da sua mãe desde o parto.

Salientam-se as orientações que a *International Confederation of Midwives* (ICM) define para a prática das enfermeiras obstetras. De acordo com esta organização, o EEESMO tem um papel fundamental no cuidado à mulher em trabalho de parto, e deve ter presente conceitos-chave como a promoção do autocuidado e da saúde das mães, bebés e família em parceria com as clientes; o respeito pela dignidade humana e pelas mulheres como plenas de direito aos cuidados de saúde / direitos humanos; a defesa das mulheres e o respeito pelas suas escolhas nos cuidados de saúde; a sensibilidade cultural para desenvolver cuidados de saúde que ultrapassem determinados procedimentos que prejudiquem as mulheres e/ou os bebés; promoção da saúde e prevenção da doença no contexto de gravidez como um evento normal da vida, e também a promoção do trabalho de parto fisiologicamente normal para melhores resultados para a mãe e para o bebé (ICM, 2010).

A humanização tem como foco a qualificação da atenção, envolvendo o respeito e a promoção dos direitos humanos, e por outro lado, a formação de profissionais que implantem práticas baseadas na evidência científica.

A procura da excelência na qualidade dos cuidados prestados à mulher no TP, é um trabalho essencial e intrínseco ao EEESMO. É indispensável conhecer as opiniões das mulheres, o que consideram importante e o que sentem relativamente aos cuidados recebidos. Sem dúvida alguma, conhecer as expetativas e a perceção das parturientes servirá para melhorar a qualidade da assistência ao parto.

No entanto, é importante abordar as críticas colocadas às pesquisas quantitativas. Walsh (2012) caracteriza este paradigma como reducionista porque se foca em resultados mensuráveis em detrimento da experiência da mulher que recebe os cuidados e das suas expetativas em relação aos mesmos.

Segundo o autor, avaliar resultados clínicos não é suficiente quando se pretende estudar seres humanos. A experiência subjetiva do participante deve ser tida em conta, assim como o seu impacte nos resultados. Apenas a arrogância dos profissionais pode justificar a omissão da experiência subjetiva nos estudos

relativos ao parto, por ser um acontecimento tão importante e de crescimento para a mulher e para a família.

Chalmers *et al* (1989) citado por Walsh (2012), reconheceu nas primeiras publicações da *Cochrane*, que a profundidade da experiência do parto não pode ser reduzida a cálculos estatísticos (“às vezes o que realmente conta, não pode ser contado” p.3).

A segunda crítica à pesquisa quantitativa é a suposição de que os estudos populacionais são aplicados a indivíduos. A natureza destas pesquisas implica controlo de variáveis e uma amostra seletiva no sentido de obter resultados mais puros contudo, torna a generalização problemática por não “olhar” para a singularidade da pessoa. O dogma da evidência é igualmente vulnerável quando os resultados são ambíguos ou quando os resultados são incertos. Desta forma, o consenso dos peritos/especialistas deve orientar a prática quando a evidência não traz contributos válidos (Walsh, 2012).

A pesquisa quantitativa baseia-se na realização da certeza, ou princípio da linearidade e simplicidade. Os profissionais de saúde têm vindo a reconhecer limitações na evidência quando se trata de situações complexas e como tal sugerem um ajuste da pesquisa aos cuidados contemporâneos, que apresentam resultados inesperados, causas e efeitos multifactoriais e a sua compreensão é mais complexa. A crítica a este paradigma incide também da subvalorização do senso comum porque todos os aspetos da prática são submetidos ao escrutínio da pesquisa (Walsh, 2012).

Ainda, os cuidados baseados nos dados da investigação quantitativa conduzem a muitas intervenções no parto normal que são subvalorizadas e postas em prática em muitos hospitais, incentivando a medicalização, maior custo nos cuidados de alta tecnologia, desviando-se do foco que é o nascimento e a maternidade.

Assim, considera-se que a dimensão realmente importante dos cuidados baseados na evidência é o seu potencial para promover o parto fisiológico e assim contribuir para o benefício e satisfação das mulheres individualmente, como para as famílias e comunidades.

A par das críticas ao paradigma quantitativo, devemos referir os modelos de cuidado: biomédico e o social. O primeiro caracteriza-se pela perspetiva reducionista, a objetividade, antecipação face à patologia, o uso excessivo de tecnologia e a pesquisa quantitativa. Por outro lado, o modelo social de cuidado atende às várias dimensões do ser humano (fisiológico, psicológico e espiritual), promove o respeito relacional e subjetivo, respeita as diferenças, a intuição e o ambiente.

Os valores que descrevem estes modelos de cuidado são amplificados no cuidado em obstetrícia e no papel do enfermeiro obstetra na vigilância do trabalho de parto e assistência ao parto. O EEESMO deve proporcionar o parto fisiológico e nesta dinâmica deve procurar trabalhar em parceria com as parturientes estabelecendo como premissa dos seus cuidados os direitos de escolha nos cuidados de saúde, continuidade nos cuidados e poder de controlo (em inglês designam-se os 3 C's: *choice, continuity, control*) (Walsh, 2012). Qualquer evidência deve ser discutida com a mulher e ter em conta as suas prioridades. Esta premissa é política de bons cuidados em muitos países, à qual se pode acrescentar a informação disponibilizada durante a gravidez e o trabalho de parto.

Green *et al* (1998) citados por Walsh (2012) mostraram no seu estudo que todas as mulheres gostariam de ter as informações acerca da sua situação clínica e que os médicos não devem reter informação de acordo com classe social ou etnia. Neste estudo, verificou-se que as parturientes com uma mentalidade mais otimista tiveram uma experiência melhor do que as que tinha uma atitude mais negativa. O estudo apontou para a janela de oportunidades que as enfermeiras obstetras possuem no período pré-natal para que as mulheres possam adotar expetativas mais positivas.

A decisão informada tem sido alvo de vários estudos, e os pesquisadores salientam que, as decisões podem ser limitadas aos prestadores de cuidados e esta privação ou outros constrangimentos pode restringir o acesso das parturientes a opções que estão disponíveis. Ou seja, a tomada de decisão informada deveria ser uma base de igualdade para todas as mulheres.

Desta forma, se o EEESMO tiver em atenção todas as limitações apresentadas ao paradigma quantitativo e contornar essas críticas, pode conduzir estudos

qualitativos cujos achados poderiam levar a cuidados de saúde de acordo com as expetativas da mulher e finalmente contribuir para experiências de parto saudáveis e gratificantes.

De seguida, apresentamos a metodologia que serviu de base para o desenvolvimento da temática em estudo.

3. METODOLOGIA

Este capítulo tem como finalidade dar a conhecer a revisão sistemática da literatura efetuada relativamente à temática em causa, bem como explicitar a concretização das competências de EEESMO em contexto de ensino clínico. A pesquisa dirigiu-se à temática da humanização dos cuidados em sala de partos e nesse âmbito, pretende reunir informação sobre as expetativas da mulher em trabalho de parto no sentido de cuidar de forma que corresponda às necessidades da cliente.

Inicialmente, foi efetuada uma revisão narrativa da literatura, que permitiu conhecer o estado de arte relativo ao tema de interesse. Posteriormente, para realização da revisão sistemática da literatura, foi elaborada a questão de investigação em formato PIC(o):

“Quais as expetativas e experiência das parturientes relativas aos cuidados de Enfermagem no contexto de Sala de Partos?”

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL), segundo Fortin (2009, p. 108) “é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”.

A RSL enquanto metodologia fundamenta-se na pesquisa baseada na evidência, que emergiu do aumento de produção científica e da necessidade de validar os resultados obtidos a partir de vários estudos sobre determinada questão. Esta, deve respeitar um conjunto de etapas. A questão elaborada e que serviu de ponto de partida inclui os elementos necessários à pesquisa:

Participantes (P) – Parturientes

Fenómeno de Interesse (I) – Expetativas e experiência relativas aos cuidados de Enfermagem

Contexto (C) – Sala de Partos / TP em meio hospitalar

A pesquisa foi realizada a partir plataforma EBSCO e b-On, que incluem as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e Nursing & Allied Health: Comprehensive. A esta pesquisa foram ainda acrescentados

relatórios, teses e trabalhos académicos que contribuíssem favoravelmente para os resultados deste trabalho. Foram utilizadas as palavras-chave: *expect** (expetativa), *experience* (experiência), *pregnan** (gravidez ou grávida), *childbirth* (nascimento), e *midwi** (enfermeira obstetra ou obstetrícia). Os critérios de inclusão foram o idioma inglês, espanhol e português e o texto completo disponível. Inicialmente, a limitação temporal na pesquisa foi de 2009 a 2014 no entanto devido à escassez de resultados (1 artigo) foi alargada para 2005 a 2014. Foram excluídos os artigos que, a partir do respetivo título e resumo/*abstract*, não corresponderam à temática em foco, do mesmo modo, excluíram-se os artigos repetidos nas bases de dados e os que não tinham texto integral.

Com os objetivos a atingir e a questão de investigação elaborada, foram delineadas algumas estratégias que se julgam pertinentes para a concretização dos mesmos. Durante os ensinos clínicos pretendeu-se recolher informação pertinente a partir de observação participante e da interação com as clientes durante a prestação de cuidados, e posteriormente foram realizados registos em notas de campo. A elaboração e análise das notas de campo permitiram conhecer a experiência da mulher em trabalho de parto. Foi ainda importante para reflectir sobre o que podia ser melhorado na prestação de cuidados às parturientes.

A partir dos resultados de pesquisa, procede-se à análise e avaliação criteriosa dos textos, a partir do título e resumos, obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão. No caso de este processo não ser esclarecedor, o artigo deverá ser lido integralmente, não correndo o risco de eliminar artigos importantes (Sampaio e Mancini, 2007).

Na pesquisa inicial realizada, cruzaram-se individualmente os descritores para compreender a viabilidade da pesquisa e conhecer a sua frequência na base de dados, e por fim juntaram-se todos os descritores. Os resultados obtidos, resumem-se no seguinte quadro, que descreve o número (n) de artigos obtidos:

Quadro 1 - Descritores utilizados e respetiva combinação.

Descritores	Número de artigos
Expect* AND experience AND pregnan* AND childbirth AND midwi*	60
Expect* AND experience	1646
Expect* AND pregnan*	4913
Expect* AND childbirth	799
Expect* AND midwi*	1342
Pregnan* AND experience	5203
Pregnan* AND childbirth	7051
Pregnan* AND midwi*	6743
Childbirth AND experience	1193
Childbirth AND midwi*	2942
Midwi* AND experience	2858

Desta pesquisa, resultaram 60 artigos que se submeteram a uma nova selecção. Após a leitura do título e resumos, foram eliminados os artigos que não correspondiam à problemática em estudo. Desta selecção resultou um total de 5 artigos que foram analisados e estão apresentados neste trabalho em apêndice (Apêndice I).

O seguinte capítulo aborda os dados obtidos na revisão sistemática da literatura e no trabalho de campo. Previamente, considero importante apresentar algumas considerações éticas sobre o presente trabalho.

Uma investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades dos mesmos. Assim, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos que participam nas investigações.

Considerando os princípios éticos, Fortin (2003) define 5 direitos que são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

No que diz respeito ao direito à autodeterminação Fortin (2003, p. 116) refere que este direito “baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.”

Relativamente ao direito à intimidade, o investigador deve certifica-se que a intimidade das pessoas em estudo será protegida e este será o menos invasivo possível (Fortin, 2003, p 116-117).

No direito ao anonimato e à confidencialidade, o investigador deve certificar que na apresentação dos dados, nenhum dos sujeitos em estudo seja reconhecido pelo investigador ou pelo leitor do relatório de investigação. Quanto à confidencialidade, esta respeita a informação íntima e privada do sujeito em estudo, assim sendo, o investigador, deve reservar o tratamento de dados íntimos que lhe são fornecidos (Fortin, 2003, p, 117).

No que diz respeito ao direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, o investigador deve proteger o sujeito em estudo contra possíveis inconvenientes que lhe possam fazer mal ou prejudicarem (Fortin, 2003, p 118).

No direito a um tratamento justo e equitativo, para Fortin (2003, p.119), o individuo tem o direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.

De maneira a que não hajam danos para as pessoas que participaram neste estudo, será assegurado que todos os princípios éticos anteriormente referidos, serão rigorosamente cumpridos.

3.1. Apresentação, análise e discussão dos dados obtidos

Após a leitura e análise de conteúdo dos artigos que resultaram da pesquisa na plataforma EBSCO, verificou-se que apenas 5 iam ao encontro da temática. Este

capítulo pretende apresentar os dados relativamente aos estudos provenientes da RSL e do trabalho de campo.

3.1.1. Dados obtidos da Revisão Sistemática da Literatura

Para apresentar a síntese de todos os artigos selecionados e que constituíram a essência da análise foi elaborada uma tabela que se encontra no Apêndice I. de forma a tornar mais clara a informação contemplada, estes obedecem à seguinte ordem de apresentação: autor, título do artigo, ano e publicação, o objetivo de estudo, participantes, intervenções, tipo de estudo, métodos de colheita de dados e resultados.

Posteriormente a essa análise foi efetuado um cruzamento dos resultados dos vários artigos, que nos permitiram elaborar a discussão e tecer algumas conclusões.

3.1.2. Trabalho de campo

Uma pesquisa é sempre um modo, nada original, mas diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são bastante pessoais. O método de colheita mais comum na pesquisa qualitativa é a entrevista, mas outras formas de contacto podem também integrar estratégias de investigação qualitativa como conversas informais nas quais participam pessoas ligadas ao universo investigado desde que registradas de algum modo, nomeadamente nos diários de campo (Duarte, 2002).

O presente trabalho é distinto do tipo de estudo qualitativo contudo, para a apresentação de dados, surgiu a necessidade de registar as observações e experiências vivenciadas durante a prestação de cuidados em contexto clínico, bem como o testemunho das utentes, através da realização de notas de campo.

O momento de admissão e acolhimento no serviço revelou-se uma boa oportunidade para questionar qual era a expetativa em relação ao parto e se existia algum aspeto que a grávida quisesse salientar. De uma forma geral, percebi que nenhuma grávida referiu as suas expetativas quanto ao parto, ou referiu de forma muito generalizada por vezes manifestando desconhecimento relativamente aos estádios do trabalho de parto (NC1: *Espero que corra tudo bem comigo e com o bebé. Imaginei que fosse tudo normal!*)

Em última análise considero que os sentimentos positivos ou negativos relativamente às expetativas em relação o parto traduzem-se no medo ou tranquilidade manifestados pela grávida. O sentimento de tranquilidade das parturientes é influenciado por inúmeros fatores, nomeadamente a estrutura da personalidade da grávida, o nível de resolução dos conflitos, o suporte conjugal e familiar e as expetativas acerca do bebé (Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes, 2008).

A escassez de expetativas manifestadas pelas grávidas pode ainda relacionar-se com o momento da gestação em que se encontram as parturientes. Segundo Brazelton e Cramer, 1992; Maldonald, 1994; Szejer & Stewart, 1997 citados por Lopes, o terceiro trimestre e a proximidade do parto é marcado pelo aumento de ansiedade e sentimentos contraditórios: querer ter o bebé e terminar a gravidez e, ao mesmo tempo, a vontade de prolongar a gestação e adiar a necessidade de novas adaptações exigidas com a chegada de um filho (Lopes *et al*, 2005). Estas considerações podem contribuir para entender as manifestações limitadas das mães em relação ao parto.

Durante a prestação de cuidados e interação com a mulher no puerpério imediato (período após o parto em que a mulher ainda fica em vigilância na Sala de Partos) foi colocada uma questão aberta, que pretendia obter uma resposta livre e que fosse ao encontro do tema em estudo ou seja, que obtivesse informação acerca das expetativas e também sobre a experiência do parto.

- O internamento e o parto, decorreram como esperava? Fale-me da sua experiência.

As notas de campo foram analisadas e categorizadas no seguinte quadro.

Quadro 2- Categorização das Notas de Campo.

Categoria	Sub-categoria
Expetativas relativas ao parto	✓ Sentimentos
Experiência do parto	✓ Empatia com os profissionais ✓ Presença de acompanhante ✓ Alívio da dor ✓ Tipo de parto

3.1.3. Discussão dos dados

Após ter apresentado os resultados obtidos da RSL e da análise das notas de campo obtidas na no decorrer do EC, pretende-se discutir alguns resultados e refletir sobre o tema em estudo e quais as suas implicações.

A antecipação da experiência de parto acompanha a grávida desde o início da gestação, ou ainda, desde que a mulher imagina e planeia ser mãe. A forma como o parto decorreu não corresponde às expetativas prévias das grávidas e, embora tenha sido notória a discrepância entre o parto desejado/planeado e ocorrido, no conjunto dos testemunhos sobre as expetativas gerais das grávidas, a maioria suplanta positivamente tais expetativas, o que pressupõe uma antecipação e representação não reais e mais negativas da experiência do parto. Veja-se o exemplo da NC 2: *“Já pensava que ia ser difícil. Ele mexia-se tanto na barriga e aleijava-me tanto. Por isso não foi muito mau. Só tinha medo de não conseguir fazer força. Mas a enfermeira ajudou-me a dizer como devia fazer e correu bem”*.

Verificou-se algumas mudanças nas expetativas sobre o parto e os sentimentos associados. As parturientes manifestaram sentimentos negativos relativamente à expetativa do parto, contudo a maioria das mães verbalizou sentimentos positivos relativamente à experiência de parto.

Isto pode sugerir que o parto foi na prática melhor do que o esperado, ou então pode estar relacionado com uma tentativa de minimizar a culpa por não ter gostado da experiência ou, ainda, a tentativa de evitar a sua depreciação (Lopes *et al*, 2005).

Os autores concordam que o facto de os profissionais de saúde questionarem as mulheres acerca da experiência de parto ajuda-as, mesmo que inconscientemente, a refletir sobre o parto e manifestam sentimentos muito fortes que permitem a integração da experiência de parto (Lopes *et al* 2005; Baymes, Fenwick e Hauck, 2008; Mercer, Green-Jervis e Brannigan, 2012). Do mesmo modo, normalmente a comunicação terapêutica efetuada entre enfermeiro e parturiente ou puérpera gera autoestima, apoio, conforto, confiança, resultando em segurança e satisfação do momento de parturição (Lopes *et al*, 2009).

No decorrer da análise efetuada, verificou-se que existem temas comuns da análise da RSL efetuada e da análise dos registos por mim efetuados no que diz

respeito à experiência do parto, nomeadamente a empatia com a equipa de saúde, o alívio da dor, a presença do acompanhante no parto e o tipo de parto.

A bibliografia confirma estes aspetos como fundamentais na experiência de parto. De seguida apresento dados bibliográficos encontrados na revisão sistemática de literatura que reforçam e valorizam os dados observados na prática e também foram acrescentados artigos científicos que dão contributos úteis para conhecermos a influência destes aspetos na experiência de parto.

Empatia com os profissionais

O acompanhamento pelos EEESMO desempenha um papel importante na experiência de parto vivenciada pelas mulheres. As parturientes internadas em contexto hospitalar encontram-se afastadas do seu ambiente familiar e social, aumentando a sua ansiedade e fragilidade, assumindo estes profissionais um papel essencial, através da sua presença e apoio proporcionados, um papel relevante na perceção das mulheres em relação à experiência do parto (Tereso, 2005).

No estudo realizado por Bayes, Fenwick e Hauck (2008), os autores concluíram que as atitudes e a interação estabelecida entre a parturiente e os profissionais de saúde contribuem significativamente para o modo como as mulheres vivenciam a sua experiência de parto. De acordo com os mesmos autores, o contributo do EEESMO para a experiência positiva de parto, comparativamente a outros profissionais de saúde, não pode ser subestimado pois quando a prestação de cuidados se realiza com sensibilidade e respeito, num contexto confidencial, a satisfação da mulher com o parto é maior, a negatividade diminui.

Mercer, Green-Jervis e Brannigan (2012) trouxeram igualmente conclusões que valorizam a empatia estabelecida entre a parturiente e os profissionais durante o trabalho de parto: “as ações e o diálogo estabelecido entre o enfermeiro obstetra e as mães durante o parto têm poder para influenciar profundamente a experiência de parto da mãe” (p. 721).

A importância de um relacionamento humanizado e personalizado entre o profissional e a parturiente influencia definitivamente a perceção sobre a experiência do parto (Johansson, P.; Olénil, M.; Fridlund, B., 2002). Simkin's (1992) citado por

Mercer, Green-Jervis e Brannigan (2012) realizou um estudo para conhecer o impacto da experiência negativa de parto e concluiu que, nos 20 anos seguintes ao parto, a mulher ainda recorda os aspetos negativos da interação com os enfermeiros. No seu estudo, estes autores verificaram que os relatos da experiência das mulheres acerca do parto incluem pormenores como conversas, a sequência detalhada dos acontecimentos, os sentimentos e emoções que sentiram mesmo passados mais de dez anos.

A reflexão acerca do papel do EEESMO é importante e a adoção de medidas de humanização é um imperativo para uma experiência do parto mais satisfatória e positiva. Vários estudos referem inclusive que a partilha da experiência de parto negativa ou traumática com a enfermeira obstetra, no período pós-parto, contribui para a integração desse acontecimento, alivia os sintomas de trauma ou stresse, e evita a depressão pós-parto, bem como ajuda a perspetivar uma gravidez futura (Mercer, Green-Jervis e Brannigan, 2012; Bayes, Fenwick e Hauck, 2008; Lopes *et al*, 2005).

Presença de acompanhante

Considera-se que a presença do acompanhante durante o parto é também um fator importante para a experiência positiva de trabalho de parto. Os autores são concordantes neste aspeto. Lopes *et al* (2005) referem que o apoio emocional prestado pelo companheiro é a variável mais importante para predizer o tipo de vivência do parto, seguido da interação com o filho logo após o nascimento.

O estudo de Haga, Lynne, Slinning, e Kraft (2012) acerca do bem-estar e o risco de depressão pós-parto nas primíparas, defendem que a presença de acompanhantes durante o trabalho de parto (um familiar ou amigo próximo) é importante na prevenção de sintomas depressivos nos primeiros meses pós-parto e contribui para o bem-estar materno. Neste sentido, a inclusão do acompanhante escolhido pela parturiente e a participação ativa do mesmo é uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que deve ser encorajada como um princípio de humanização da assistência do parto e como um elemento de apoio e partilha de sentimentos (Carvalho, 2003).

As orientações fornecidas pela OMS (1996) consideram que a mulher em TP deve ser acompanhada pela pessoa em quem confia, que a deixa confortável; seja o seu companheiro, melhor amigo/a, doula ou enfermeira obstetra. No geral, são pessoas que conhecem o seu percurso de gravidez.

De acordo com o documento de consenso “Iniciativa Parto Normal” (FAME e APEO, 2009), em Portugal a maioria dos companheiros participa ativamente no parto. Segundo estas organizações e também a OMS (1996), o apoio físico e empático contínuo intraparto está associado a uma menor utilização de analgesia farmacológica, uma diminuição no número de partos vaginais distócicos, assim como o número de cesarianas e um aumento de partos vaginais espontâneos, e as mulheres referem maior satisfação com a sua experiência de parto. Este apoio também reduz as consequências adversas do medo e do stresse associados ao TP num lugar desconhecido. A ansiedade durante o parto, que se traduz em elevados níveis de adrenalina, conduz à diminuição de contratilidade uterina, atraso na evolução do TP, assim como a padrões anormais de FCF e índices de Apgar mais baixos.

Lowdermilk e Perry (2008) citando Klaus e Kennell (1996) referem que existe um período sensível nos primeiros minutos e horas após o nascimento, ocasião em que os pais devem ter um contato próximo com os seus bebés para otimizar o seu desenvolvimento posterior, sendo que o conhecimento do filho é uma parte importante da vinculação na qual os pais usam o contato visual, o toque, a fala e a exploração atenta para conhecer o seu filho. A participação do pai é considerada de extrema importância no acompanhamento pré-natal e no momento do parto, verificando-se que vários autores como os referidos consideram fundamental a participação dos pais no momento do nascimento. Ainda de acordo com Coutinho (2000) citado por Vezo, Coronel, e Rosário (2013), os pais vivem a gravidez e a expetativa de ter um filho à sua maneira e, embora a expetativa do homem não seja desplotada por alterações físicas e hormonais, o pai passa por alterações psicológicas, pessoais e mesmo sociais tão profundas como a sua companheira.

O alívio da dor

O alívio da dor é fundamental para obter sentimentos positivos na experiência de parto. A dor, influenciada por fatores como a cultura, ansiedade, medo, tensão e suporte emocional, é transversal ao pré-parto, parto e pós-parto e reveste-se de uma experiência única, particular, subjetiva e marcante.

Lopes *et al* (2005) referem no seu estudo que, tendo em vista um fator cultural, a dor no TP pode até ser experimentada ou referenciada como algo positivo porque a cultura fundada sob os preceitos do Cristianismo valoriza a boa mãe que sofre para dar à luz os seus filhos.

Contudo, a DGS (2001) sublinha que “a analgesia do parto adquire contornos de um direito universal, ao qual todas as mulheres devem ter igualdade de acesso, o que pressupõe, por parte destas, informação detalhada e direito de opção consciente” (p. 46), visando contribuir para a diminuição da dor e para a experiência positiva de parto, sendo este um momento tão vulnerável e irreversível na vida das mulheres e família.

O medo do TP foi muitas vezes referido pelas mulheres que cuidamos, como verificado na nota de campo, NC 3 *“tenho muito medo. Não sei se vou aguentar as contracções”* e NC 4 *“não sei o que vai acontecer, tenho medo de não conseguir”*. Este é o sentimento que surge associado às respostas quando as mulheres são questionadas em relação à dor do trabalho de parto. Esse medo reporta-se à intensidade da mesma, e à antecipação de uma intensidade de dor intolerável. A dor parece ser reconhecida como fazendo parte do trabalho de parto e por isso inevitável, sendo esta uma expetativa que se pode considerar negativa pelo facto de não ser desejável (Guerra, 2010). Segundo Bayes, Fenwick e Hauck (2008), a dor durante o parto, as intervenções obstétricas e a perda de controlo são fatores que contribuem predominantemente para o medo e sentimento de perigo durante o parto.

A OMS (1996) reforça a importância de fatores que reduzem a necessidade de medidas farmacológicas no alívio da dor nomeadamente, a partilha de informação com a parturiente e família, a relação empática antes e durante o TP. Além do apoio durante o trabalho de parto existem muitas técnicas de alívio da dor e devem ser

prioritárias as medidas não farmacológicas. Classifica como “medida demonstradamente útil e que deve ser encorajada” o uso de métodos não farmacológicos e não invasivos para o alívio da dor, como a massagem e técnicas de relaxamento.

De acordo com Cicuto, Belisário e Tavares (2012), existem estudos que descrevem que o uso de medidas não farmacológicas alivia a dor no TP, principalmente na fase ativa, e que os profissionais de saúde devem estar atentos a essas práticas para prestar cuidados porque vão ao encontro da satisfação da parturiente. O enfermeiro obstetra tem autonomia e conhecimento para a prática dessas medidas. A OE (2012) publicou o documento de consenso que defende o direito das parturientes ao parto normal, e reforça que

todas a grávidas devem poder contar com o recurso a métodos de alívio da dor durante o TP, assegurando-se a disponibilidade dos mesmos assim que a mãe os solicite e o profissional de saúde entenda adequado. O leque de opções neste âmbito deve compreender os métodos farmacológicos (incluindo a analgesia epidural ou raquidiana) e os não farmacológicos (incluindo o banho de imersão/chuveiro durante a fase de dilatação, ou a simples deambulação) (p.21).

A aplicação de medidas efetivas do alívio de dor poderá proporcionar o nascimento nas melhores condições possíveis (Lopes *et al*, 2009). No entanto, apesar da diversidade de técnicas de alívio da mesma, Guerra (2010) concluiu, tal como verificado na análise das notas de campo que as referências à utilização da analgesia por epidural surge como a opção inequívoca como forma de controlo da dor durante o TP, como exemplo descreve-se a NC 5 *“por favor dêem-me epidural. Tenho muito medo, da outra vez não tive tempo para me fazerem epidural... Tive tantas dores!”*.

No Plano Nacional da Luta Contra a Dor, a DGS (2001) salienta que a técnica epidural constitui o melhor método para possibilitar um maior bem-estar fetal e neonatal e para aliviar a dor materna, sem risco de depressão cardiorrespiratória para o RN.

A OMS (1996) conclui que os métodos não farmacológicos, como a atenção dada à parturiente, são de extrema importância. No entanto, a analgesia epidural é uma medida já integrada culturalmente mas não está disponível a todos, principalmente nos países pouco desenvolvidos. Assim, a analgesia epidural não é

uma medida essencial para o trabalho de parto e, de salientar, os métodos farmacológicos nunca devem substituir a relação terapêutica estabelecida entre parturiente e profissional.

O tipo de parto

Na clínica obstétrica identificam-se dois tipos de parto: eutócicos e distócicos. O parto eutócico é o processo fisiológico espontâneo, cefálico e vaginal, sem manipulação fetal ou instrumentação, que não implica mais intervenções para além do apoio integral e respeitoso do mesmo (FAME e APEO, 2009).

O parto normal é definido, segundo a OE (2012), como o

parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (p.18).

Segundo Shub, Williamson, Saunders e McCarthy (2012), num estudo realizado na Austrália acerca das expetativas das mulheres relativamente ao parto, referem que as mulheres descrevem o parto como um processo normal e natural, e esperam ter capacidade natural para o parto. São poucas as mulheres que ponderam ter intervenções médicas no parto, e dessas algumas já tiveram uma experiência de gravidez complicada.

A opção por um parto normal surge muitas vezes associada a uma ideia de natural, revelando a importância do momento do nascimento como um tipo de experiência mais intensa, percebendo que o parto é o início do exercício da maternidade (Guerra, 2010).

De acordo com Lopes *et al* (2009), o medo sentido por muitas mulheres em relação ao parto vaginal e suas consequências pode ocorrer devido à falta de informação e de diálogo esclarecedor entre o profissional de saúde e a mulher. Cicuto, Belisário e Tavares (2012) acrescentam ainda que a relação da mulher com os profissionais de saúde é um componente essencial da experiência positiva do parto assim, se a mulher considera que foi mal assistida no parto, ela apresentará maior índice de insatisfação com o tipo de parto e será afetada negativamente.

A opção de parto normal surge como preferência na análise das notas de campo e é confirmada na bibliografia. No entanto, segundo Tedesco *et al* (2004) citado por Guerra (2010), a preferência por um parto normal encontra-se por vezes condicionada pela manipulação da informação prestada pelos profissionais sobre os riscos envolvidos nos procedimentos do parto e, do mesmo modo, surge em oposição à cesariana, em que as razões apontadas são a noção dos riscos associados a uma cirurgia, conjuntamente com o facto de que o pós-operatório as impossibilitará de cuidar de imediato do seu filho, limitando-as assim no exercício do seu papel maternal, mesmo que temporariamente.

Cicuto, Belisário e Tavares (2012) e Silva (2010) associam o parto via vaginal a maior nível de satisfação das puérperas e justificam-no com a participação mais ativa da mulher no processo do nascimento, o incentivo ao parto vaginal, o aleitamento materno no pós-parto imediato e a permanência em alojamento conjunto que promove os laços afectivos mãe-filho desde as primeiras horas de vida, por conseguinte uma maior satisfação quanto ao tipo de parto e cuidados recebidos.

No que diz respeito às diferenças entre a expetativa e a experiência de parto, Shub, Williamson, Saunders e McCarthy (2012) referem ainda que esta é mais significativa nas mulheres que tiveram parto distócico com fórceps, cesariana e episiotomia, o que confirma as expetativas irrealistas de um parto vaginal sem complicações manifestadas pelas grávidas nesse estudo. Como tal, os enfermeiros obstetras têm um papel fundamental na educação pré-natal no sentido informar as grávidas de forma honesta e completa. Concordando com Medeiros (2012), a autora defende na sua tese, a reestruturação das aulas de preparação para o parto e parentalidade, nomeadamente com uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas, no sentido de ceder uma informação credível e não tendenciosa, garantindo um melhor ajustamento psicológico e dar respostas às necessidades e exigências das grávidas.

Neste sentido, Wagner (2001) reforça que a facilidade de partilha de informações pela internet está a provocar profundas alterações na informação médica dada a todos utentes, como tal, a informação relativa às intervenções obstétricas deve ser esclarecedora quer sejam os bons como os maus resultados.

Savage (2006), no seu estudo acerca das fontes de informação usadas pelas primíparas, concluiu que as informações dadas sobre o TP não contribuem necessariamente para a diminuição da ansiedade ou redução de conflitos. No entanto, devido ao risco de sintomas depressivos e de desilusão a que as grávidas estão sujeitas, a preparação pré-natal tem um papel fundamental na visão realista do parto e execução de um plano de parto flexível.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório como exigência académica transformou-se numa oportunidade para refletir acerca das competências desenvolvidas enquanto futura EEESMO na prestação de cuidados à mulher/casal durante o trabalho de parto.

A escolha da temática teve em conta o acreditar que os conhecimentos obtidos trariam algum contributo para a prática de cuidados, maior qualidade, da qual resultariam experiências de TP mais positivas e gratificantes para a mulher e casal. Considero que conhecer a opinião das parturientes acerca da sua experiência de parto e saber se correspondeu às suas expetativas, ou até se as superou ou foi aquém, contribuiu efetivamente para o meu crescimento profissional.

Identificar determinados fatores que influenciam de forma negativa a percepção da mulher perante a assistência recebida, permite tentar minimizá-los; e consequentemente ao determinar aqueles que influenciam de forma positiva a qualidade desta percepção, podemos tentar potenciá-los. Do mesmo modo, conhecer o que a mulher espera encontrar e o que encontrou permite-nos dar resposta às suas necessidades reais; se avaliarmos o seu grau de satisfação saberemos se as conseguimos colmatar.

O modelo de cuidado transpessoal de Jean Watson foi o fio condutor na prestação de cuidados. Existem várias razões que me levaram a optar por esta teoria de enfermagem no desenvolvimento profissional nomeadamente, porque me identifico com os valores, conceitos e pressupostos que descreve, de forma muito particular com a visão holográfica do ser humano, em que “o corpo está para além dos cinco sentidos, do corpo-físico e, é um veículo de consciência, um ser radiante de energia e de luz, um corpo-sujeito quântico multissensorial, extrassensorial e holográfico” (Watson, 2002, p. 135), que abre uma nova perspetiva para os cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica; porque a relação transpessoal de cuidar “conota uma forma especial de elevada consideração e respeito pelo todo da pessoa, e pelo seu estar-no-mundo” (Watson, 2002, p. 111); por considerar a enfermeira como coparticipante ativa nas transações de cuidados para preservar e proteger a humanidade do outro e por concordar que as transações se dão num encontro de intersubjetividade, em que a enfermeira e a cliente reconhecem no outro

a sua própria humanidade. Considero portanto que a autora se enquadra na temática do meu relatório de estágio.

Pretendi com este trabalho contribuir para a evolução da prestação de cuidados baseados na evidência científica, sensibilizar as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia e tentar mudar hábitos numa realidade que considero estar ainda muito focada no modelo biomédico. Para isso, as intervenções prestadas à grávida/casal durante o internamento na Sala de Partos tiveram como foco a humanização dos cuidados.

Considero que os objetivos a que me propus foram alcançados. Da análise dos dados obtidos na revisão sistemática da literatura e da recolha de dados junto das parturientes pude concluir que, relativamente às competências que permitem prestar um cuidado especializado e humanizado à mulher/RN/família durante os 4 estádios do TP, a introdução de novas tecnologias não tem sido por si só suficiente para proporcionar uma experiência de parto mais positiva para a maioria das mulheres. São imperativos os esforços para a implementação de cuidados humanizados durante o TP, nomeadamente a presença da família da grávida ou pessoa significativa, que aumenta o conforto e a satisfação da mulher no parto, da redução do nível de dor, que garante o mais adequado envolvimento emocional e relacionamento da mãe com o bebé, e da maior preparação e participação da parturiente, que permita a formulação de expetativas mais realistas sobre o tipo de parto, promotoras de um maior controlo e participação no parto.

No que diz respeito aos objetivos específicos a que me propus, a análise efetuada a partir da RSL e das notas de campo, permitiu concluir que o conceito de humanização dos cuidados na perspetiva da mulher no TP varia em função de múltiplos fatores de carácter individual, sociocultural e situacional. A humanização do parto é uma forma de assistência baseada na evidência científica e deve potenciar a tomada de decisão informada durante o TP.

A metodologia utilizada permitiu igualmente verificar que existem temas comuns no que diz respeito às expetativas e a experiência do parto. Assim, os dados encontrados foram divididos nas categorias “Expetativas relativas ao parto” e “Experiência do parto” e em cada categoria, foram encontrados os aspetos mais valorizados pelas mulheres no trabalho de parto e parto.

Na primeira categoria referida, consideramos que os sentimentos manifestados pela grávida constituem a respetiva sub-categoria. Verificou-se que as parturientes manifestam sentimentos negativos relativamente à expetativa do parto, no entanto a maioria das mães verbalizou sentimentos positivos relativamente à experiência de parto.

Relativamente à categoria “Experiência de parto”, foram identificadas as sub-categorias “empatia com a equipa de saúde”, o “alívio da dor”, a “presença do acompanhante no parto” e o “tipo de parto”, por se tratar de temáticas tiveram grande relevância na bibliografia analisada, assim como nos testemunhos analisados no decorrer do EC.

Acredito que a busca do conhecimento sobre os sentimentos vivenciados pela puérpera, no parto e no nascimento de seu filho, foi importante para a reflexão sobre o cuidado de enfermagem prestado. Desta forma, fica evidenciada a importância de uma atenção integral e individualizada, contemplando os aspetos emocionais, culturais, sociais e psicológicos da parturiente e casal.

A principal dificuldade sentida na elaboração deste trabalho, foi a escassez de estudos científicos recentes dirigidos à temática escolhida. Considero importante que sejam desenvolvidas pesquisas sobre a experiência de parto porque conhecer a opinião das utentes contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados nos serviços de saúde.

A reflexão foi um instrumento imprescindível no decurso do desenvolvimento e aquisição de competências, tendo procurado refletir sobre a ação, sobre as possibilidades e limitações do contexto para a ação, procurando agir de modo fundamentado de acordo com o que a evidência científica defende enquanto práticas recomendadas. A fundamentação das práticas de enfermagem é indispensável para a aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de capacidade técnica e pensamento crítico, com vista a promover o desenvolvimento profissional e da enfermagem enquanto ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists (2009) *Practice Bulletin Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring*. 114 (1)
- Arias, B. F. (2011) *Práticas Obstétricas segundo a OMS: Expectativas, Percepção e Satisfação da Mulher*. Relatório final do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Escola Superior De Saúde de Viseu (documento não publicado)
- Baymes, S., Fenwick, J. e Hauck, Y. (2008) A qualitative analysis of women's short accounts of labour and birth in a western Australian public tertiary hospital *Journal of Midwifery & Women's Health*. 53 (1) p.53-61. DOI: 10.1016/j.jmwh.2007.07.021
- Behruzi, R. (2011) *What Are The Components Of Humanized Childbirth In A Highly Specialized Hospital? An Organizational Case Study*. Université de Montréal - Faculté des études supérieures et postdoctorales. Montréal
- Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito (Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem)*. Coimbra: Quarteto Editora
- Carvalho, M. (2003) Participação dos Pais no Nascimento em Maternidade Pública: Dificuldades Institucionais e Motivações dos Casais. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (2), p.389-398
- Carvalho C.C.M., Souza A.S.R., Moraes F.O.B. (2010) Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*. 38 (5) p. 265-270
- Cicuto A.G, Belisário, C.R.L. e Tavares, B.B. (2012) A satisfação de puérperas com o seu parto. *Investigação e Educação em Enfermagem*. 2 (30) p.208-214
- Costa R., Figueiredo B., Pacheco A., e Pais A. (2003) Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*. 4 (1). p.47-67
- Direção-Geral da Saúde (2001) *Plano Nacional da Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS.

- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2002) *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas; 12)*. 2.a edição. Lisboa: DGS.
- Duarte, R. (2002) Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*. Nº115 p.139-154.
- FAME e APEO. (2009). *Iniciativa do parto natural: documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2003) *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Graça, L. M. (s.d.) *Monitorização Fetal Intra-Parto*. Disponível em: http://www.spom.pt/Monitorizacao_fetal_Intra-parto.pdf Acedido a 30 de abril 2014
- Guerra, M.J.J. (2010) *O parto desejado: Expectativas de um grupo de grávidas*. (Dissertação não publicada para obtenção do grau de mestre em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Haga S. M., Lynne A., Slinning K., Kraft P. (2012) A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26. pp.458-466. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x
- International Confederation of Midwives (2010) *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. ICM.
- Johansson, P.; Olénil, M.; Fridlund, B. (2002) Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Nordic College of Caring Sciences, Scandinavian Journal Caring Science*. 16. 337-344
- Jomeen, J. (2007). Choice in childbirth: a realistic expectation? *British Journal of Midwifery*. 15 (8)
- Lally J.E., Murtagh, M.J., Macphail, S. e Thomson, R. (2008) More In Hope Than Expectation: A Systematic Review Of Women's Expectation And Experience Of

- Pain Relief In Labour. *BioMed Central Medicine*. 6 (7). DOI: 10.1186/1741-7015-6-7
- Lobo S.F., Oliveira S.M.J.V., Schneck A., Silva F.M.B., Bonadio I.C. e Riesco M.L.G. (2010) Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo. *Revista Esc Enferm USP*. 44(3) pp.812-818.
- Lopes, R.C.S., Donelli T.S., Lima, C.M. e Piccinini C.A. (2005) O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18 (2), pp.247-254
- Lopes, C. *et al.* (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enfermagem*. 14(3) pp.484-490
- Lowdermilk, D. L., e Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta
- Mathibe-Neke J.M., Cur M.A, (2008) The expectations of pregnant women regarding antenatal care. *Curationis*. 31 (3), pp.4-11.
- Medeiros, I.A. (2012). *Expectativas e grau de satisfação da grávida e puérpera com o tipo de parto*. (Dissertação não publicada para obtenção do Grau de Mestre em Medicina) Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Medinas, A., Duarte, C., Duarte, T. (2010). Nacer Tranquilo. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*. 11. pp.77-79
- Mercer, J., Green-Jervis, C. e Brannigan, C. (2012) The legacy of a self-reported negative birth experience. *British Journal of Midwifery*. 20 (10) pp. 717-722
- Montes, M. L. V. (2009). Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción. *Reduca - Enfermería, Fisioterapia y Podología*. 1(2) pp.275-229.
- Nascimento K.C., Erdmann A.L.(2006) Cuidado Transpessoal De Enfermagem a Seres Humanos em Unidade Crítica. *Revista de Enfermagem UERJ*. 14(3) pp. 333-341.
- OMS (1996) *Care in normal birth: practical guide*. Genève. World Health Organization, Maternal and Newborn Health.

Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: O.E.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: O.E.

Ordem dos Enfermeiros (2010b) *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: O.E.

Ordem dos Enfermeiros (2012) *Pelo Direito ao Parto Normal – uma visão partilhada*. Documento de consenso. Lisboa: OE

Perlman J.M., Wyllie J., Kattwinkel J., et al. (2010) Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 11: Neonatal Resuscitation 2010. International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation*. 122(16) pp.516-538

Piccinini, C.A., Gomes A.G., Nardi T. De, e Lopes, R.S. (2008) Gestação e a constitui o da maternidade. *Psicologia em Estudo*. 13 (1), pp. 63-72.

Porfírio A., Progianti J.M. e Souza D.O.M. (2010) As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Revista Eletr. Enf.* 12 (2) pp.331-6.

Ramalho, A. (2009) *A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no Hospital*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem) Universidade de Lisboa, com participa o da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Rios, X.P., Rodriguez, R.O., Torres, F.M. e Pineda, J.F. (2011) Humanizacion del parto en a medicina de excelência. *Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos*. 5(9) pp. 55-57.

Risky, D., Asghar S.M., Chaffee M., DeGennaro N. (2013) Women's Perceptions Using the Centering Pregnancy Model of Group Prenatal Care. *The Journal of Perinatal Education*. 22,(3) pp.136- 144

Sampaio, R. F. e Mancini, M.C. (2007) Systematic review studies: a guide for careful synthesis of scientific evidence. *Revista Brasileira de Fisioterapia* p. 83-89

- Savage J.S. (2006) The Lived Experience of Knowing in Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*. 15(3) p. 10-24
- Shub A., Williamson K., Saunders L. e McCarthy E.A. (2012) Do primigravidae and their carers have a realistic expectation of uncomplicated labour and delivery? A survey of primigravidae in late pregnancy, obstetric staff and medical students. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 52. pp 73–77
- Silva, S.P. (2010) Casas de parto Normal: Modelo em Assistência Humanizada à Gestante. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Nº11 p.66-70
- Silva, A.C.S. (2010) *Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto*. (Dissertação não publicada do mestrado na área científica de Psicologia do Desenvolvimento) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Silva A.F., Nóbrega M.M.I. e Macedo W.C.M. (2012) Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. *Revista Eletr. Enf.* 14(2) p.267-76.
- Tereso, A. (2005) *Coagir ou emancipar: sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes*. (1ª Edição) Formasau - Formação e Saúde Lda.
- Wagner, M. (2001) Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Nº 75. pp.25-37.
- Walsh, D. (2012) *Evidence and Skills for normal Labour and Birth – A guide for midwives*. (2ª Edição). Londres e Nova Iorque: Routledge
- Watson J. (2002) *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. (J. Enes, Trad.) Loures: Lusociência (Tradução do original em inglês: Nursing: Human Science and Human Care. A theory of Nursing, 2002)
- Urra, E. M., Jana A.A, e Garcia, M.V. (2011) Algunos Aspectos Esenciales Del Pensamiento De Jean Watson Y Su Teoría De Cuidados Transpersonales. *Ciencia y Enfermería* 17 (3).

Velho, M. B.; Oliveira, M. E. e Santos, E. K. A. (2010) Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Bras. Enferm.* 63 (4) pp.652-659.

Vezo, G., Coronel, L. e Rosário, M., (2013). *Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto*. (Trabalho não publicado para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem). Universidade do Mindelo

APÊNDICES

APENDICE I:

Artigos da revisão sistemática de literatura

Tabela 1 – Síntese dos artigos selecionados.

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	<p>1.</p> <p>Jenny Mercer, Cordelia Green-Jervis, Catherine Brannigan</p> <p>The legacy of a self-reported negative birth experience.</p> <p>2012</p> <p>British Journal of Midwifery. Vol 20. Nº10. p 717-722</p>
Objetivos do estudo	<p>Conhecer a opinião das mães (primíparas) acerca da influência que a enfermeira parteira pode ter nas experiências de parto negativas e obter contributos para a prática de obstetrícia.</p>
Participantes	<p>5 puérperas que pariram há pelo menos 1 ano.</p>
Intervenções	<p>Foram realizadas entrevistas semiestruturadas cujas questões foram divididas em seções. Exploraram o tema das expectativas sobre o nascimento, o parto, e as experiências pós-parto.</p>
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	<p>Análise fenomenológica das narrativas</p> <p>Entrevista semi-estruturada.</p>
Resultados	<p>A experiência negativa do parto pode deixar uma marca muito prolongada na mulher, a nível emocional e psicológico. Durante o trabalho de parto as ações e conversação entre a grávida e a enfermeira obstetra têm grande influência na experiência de parto da mulher.</p> <p>Algumas mulheres sentiram que as suas opiniões, sentimentos e crenças foram ignoradas pelos profissionais, e aqueles tiveram a liderança no processo de trabalho de parto e pós-parto.</p> <p>As mulheres que tiveram uma experiência de parto negativa retiram muitos benefícios da partilha da sua experiência com os profissionais de saúde.</p>

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	<p>2.</p> <p>Sara Bayes, Jennifer Fenwick, e Yvonne Hauck</p> <p><i>A Qualitative Analysis of Women's Short Accounts of Labour and Birth in a Western Australian Public Tertiary Hospital</i></p> <p>2008</p> <p>Journal of Midwifery & Women's Health (Disponível em: www.jmwh.org)</p>
Objetivos do estudo	Identificar as expectativas e experiência do parto das mulheres que pariram nas últimas 6 a 14 semanas no <i>Western Australia's King Edward Memorial Hospital for Women</i> (KEMH).
Participantes	141 mulheres que foram identificadas nas consultas pré-natais desde setembro de 2005 a maio de 2006.
Intervenções	As enfermeiras obstetras identificaram as participantes no estudo segundo os critérios de inclusão e foram enviados questionários, após aceitarem fazer parte do estudo. Os autores realizaram a interpretação das respostas obtidas nos questionários e dividiram-nas em temas principais. Obteve-se um padrão de recursos no parto que podem contribuir para a satisfação ou desapontamento com a experiência de parto.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	<p>Artigo</p> <p>Questionário, com uma questão aberta no final: "Existe alguma coisa importante que deseje referir?"</p>
Resultados	<p>Deve ser considerada a importância das intervenções da enfermeira obstetra relativamente a outros profissionais de saúde nas maternidades, quanto à influência na experiência de parto e na tomada de decisão durante o trabalho de parto.</p> <p>Quando os cuidadores transmitem confiança, sensibilidade e respeito, a satisfação da mulher é maior, a negatividade diminui e a esperança no parto desejado mantém-se.</p> <p>Quando o atendimento/acolhimento não é o ideal, o medo e/ou angústia presente não são identificados pelo cuidador (enfermeira obstetra) ou não são tratados de forma correta, a satisfação das mulheres é baixa. A negatividade psicoemocional pode prolongar-se e prejudicar a confiança numa futura gravidez.</p>

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	<p>3.</p> <p>Maria João Jacinto Guerra</p> <p>O parto desejado: Expectativas de um grupo de grávidas 2010</p> <p>Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem</p>
Objetivos do estudo	Conhecer as expetativas das grávidas em relação ao parto e perceber qual o seu conceito de parto natural
Participantes	Nove grávidas no segundo e terceiro trimestre de gravidez, a realizar a sua vigilância de gravidez no Centro de Saúde de Paços de Ferreira.
Intervenções	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, após o preenchimento de um formulário para caracterização demográfica. Os discursos recolhidos foram analisados com recurso ao programa NVivo8 e utilizando uma metodologia de acordo com a Grounded Theory recorrendo à categorização aberta.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	<p>Estudo qualitativo, tipo descritivo</p> <p>Entrevista semi-estruturada</p>
Resultados	Da análise das entrevistas surgiu uma categoria principal - as expetativas do parto - com as subcategorias: expetativas face ao local do parto, quanto ao tipo de parto, face ao controlo da dor de trabalho de parto, face ao papel do acompanhante e face aos profissionais. A análise mostra que as expetativas em relação ao parto são de que “tudo corra bem”, o desejo de um parto rápido e sem dor, ou pelo menos com uma dor tolerável, e que a criança nasça sem problemas e saudável. O papel a desempenhar pelo acompanhante será de apoio através da sua presença junto da parturiente. Dos profissionais é espectável um atendimento competente, em que a atenção e valorização das necessidades das parturientes, o acompanhamento individualizado e a disponibilização da informação sobre a evolução do trabalho de parto são considerados essenciais, sendo também valorizada a possibilidade de uma participação nas decisões tomadas durante o processo. As grávidas que participaram no estudo consideram que as decisões a tomar durante o parto pertencem aos profissionais, e não assumindo como suas essas mesmas decisões.

<p>Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação</p>	<p>4.</p> <p>Alexis Shub, Karen Williamson, Lauren Saunders and Elizabeth A. McCarthy</p> <p><i>Do primigravidae and their cares have a realistic expectation of uncomplicated labor and delivery? A survey of primigravidae in late pregnancy, obstetric staff and medical students</i></p> <p>2012</p> <p>Australian and New Zeland Jornal of Obstetrics and Gynaecology</p>
<p>Objetivos do estudo</p>	<p>Determinar se as primíparas e seus acompanhantes têm uma expetativa realista do parto/nascimento sem complicações e sem intervenções médicas inesperadas.</p> <p>Permitir formação profissional e educação pré-natal mais eficaz e melhorar a experiência de parto.</p>
<p>Participantes</p>	<p>195 primíparas, 32 obstetras, 76 enfermeiras parteiras, 198 estudantes de medicina e 131 estudantes de medicina obstétrica e ginecologia.</p>
<p>Intervenções</p>	<p>Aplicação de um questionário sobre a probabilidade de intervenção obstétrica no parto (distócia).</p>
<p>Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados</p>	<p>Estudo quantitativo</p> <p>Estudo de coorte</p> <p>Questionário</p>
<p>Resultados</p>	<p>As primíparas e os profissionais de saúde não têm uma expetativa realista que um parto é livre de intervenções médicas. Isso pode ter impacte sobre as escolhas que as mulheres fazem sobre os cuidados na gravidez e no parto.</p> <p>Verificou-se que a equipa de saúde tem melhor percepção da probabilidade de intervenções médicas do que as grávidas, o que implica que os profissionais poderiam aconselhar melhor as grávidas.</p>

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	<p>5.</p> <p>Rita de Cássia Sobreira Lopes, Tagma Schneider Donelli, Carolina Mousquer Lima e Cesar A. Piccinini</p> <p>O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto</p> <p>2005</p> <p>Psicologia: Reflexão e Crítica, 18(2), p.247-254</p>
Objetivos do estudo	Investigar as expectativas e posterior experiência de parto de uma amostra de grávidas.
Participantes	28 primíparas, sem complicações de saúde, idade entre 20 e 37 anos, que utilizaram o serviço nacional de saúde no momento do parto.
Intervenções	Foram realizadas 3 entrevistas em momentos diferentes. A primeira teve como finalidade conhecer se a grávida correspondia à amostra pretendida; a segunda teve como objetivo conhecer o contexto em que decorreu a gravidez, quais as expectativas e sentimentos em relação ao bebê e à maternidade e a terceira permitiu conhecer os aspectos da experiência de maternidade e desenvolvimento do bebê.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	<p>Estudo qualitativo.</p> <p>Entrevista semi-estruturada, com questões abertas.</p>
Resultados	<p>O parto perpassa todo o processo de gestação e puerpério marcando profundamente a vida da mãe. As mães relataram, durante a gravidez, tanto expectativas positivas como negativas em relação ao parto seja quanto a si própria quanto ao bebê. Relativamente à experiência de parto, houve uma certa polarização: apenas sentimentos positivos ou sentimentos negativos.</p> <p>Verificou-se algumas mudanças nas expectativas do parto, o tipo de parto realizado e os sentimentos a ele associados. As mulheres que têm uma expectativa negativa sobre o parto tendem a ter uma experiência menos satisfatória do mesmo.</p>